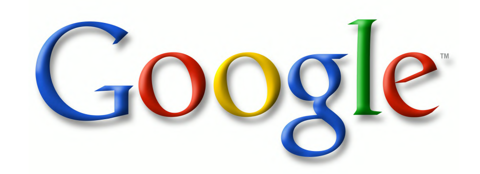
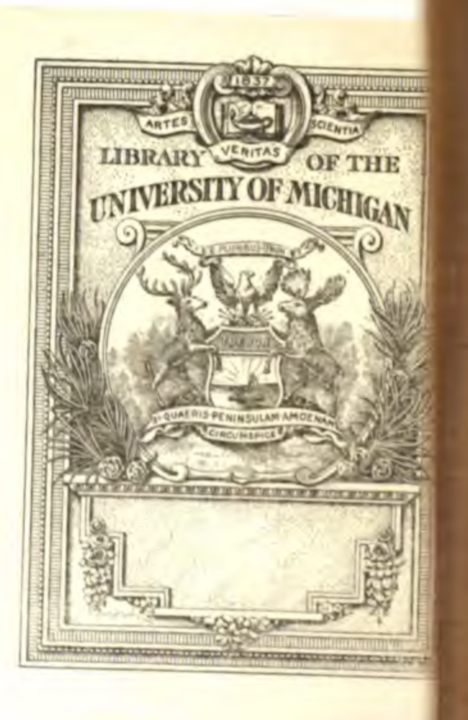




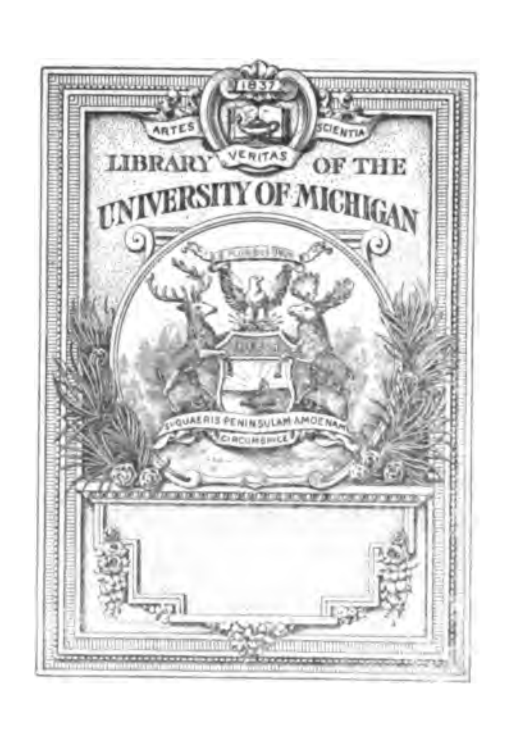

1837
ARTES
VERITAS
LIBRARY
UNIVERSITY OF M
E PLURIBUS UNUM
SI QUAERIS PENINSULAM
CIRCUMSPICE






1837
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE




1837
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE







Allgemeine Zeitschrift

für

Psychiatrie

und

psychisch-gerichtliche Medicin,

herausgegeben von

Deutschlands Irrenärzten,

unter der Mit-Redaktion von

von Krafft-Ebing Graz **Nasse** Bonn **Schüle** Illenau

durch

H. Laehr.

Achtunddreissigster Band.

Berlin.
Druck und Verlag von G. Reimer.
1882.

Inhalt.

Erstes Heft.

Originalien.

Literatur.

Kleinere Mittheilungen.

Zweites und drittes Heft.

Originalien.

Literatur.

Kleinere Mittheilungen.

Viertes Heft.

Fünftes Heft.

Originalien.

Literatur.

Kleinere Mittheilungen.

Sechstes Heft.

Supplement-Heft.

Ueber Nierenkrankheiten als Ursachen von Geisteskrankheit.

Von

Hofrath Dr. Hagen,

Professor an der Universität und Director der Kreis-Irrenanstalt zu Erlangen.

Unter den Ursachen psychischer Krankheiten sind bisher in den Hand- und Lehrbüchern die Nierenleiden, wo nicht ganz mit Stillschweigen übergangen, doch als wegen ihrer Seltenheit wenig in Betracht kommend, nur kurz berührt worden. Sie verdienen aber trotz der Seltenheit des Vorkommens doch mehr Beachtung, als ihnen zu Theil geworden ist. Zwar nicht eben wegen der Behandlung — die bekannt gewordenen Fälle verliefen fast alle tödtlich — wohl aber, weil sie zur Klärung unserer Anschauungen über Aetiologie und Pathogenie der Geisteskrankheiten beizutragen geeignet sind.

Vier hierher bezügliche Fälle, welche ich schon früher veröffentlicht habe, finden sich mitgetheilt in den Verhandlungen der Erlanger physikalisch-medicinischen Societät vom Jahre 1869 (Sitzung vom 13. Dezember); später fügte ich noch einen weiteren Fall hinzu in der Sitzung vom 20. Februar 1871. Darauf folgten die Fälle, welche *Jolly* und *Wilks* veröffentlichten, denen sich später noch andere, die im Folgenden mitgetheilt werden sollen, anschlossen. Nachdem mir nun im verflossenen Jahre noch ein hierher gehöriger Fall zur Beobachtung kam, welcher besonders lehrreich ist, so glaube ich nicht länger mit der Darlegung meiner bezüglich dieses Ge-

genstandes gewonnenen Erfahrungen und Anschauungen zögern zu sollen.

Hierbei erachte ich es nun für zweckmässig, die Fälle nicht blos nach der chronologischen Folge, sondern auch nach ihrer Zusammengehörigkeit in nosologischer Hinsicht mitzutheilen. Ich theile sie hiernach in zwei Gruppen, wovon die eine die Fälle von mehr oder weniger acuter Nephritis oder Brightscher Krankheit, die andere die Fälle chronischer Nierendegeneration oder Defecte von Nierensubstanz enthält. Ausgeschlossen bleiben alle Fälle zweifelhafter Natur (daher auch der Fall von *Rayer* traité des malad. des reins T. I. S. 523, weil hier zwar die eine Niere atrophisch war, der Zustand der anderen aber nicht erwähnt, auch nicht angegeben ist, wann die melancholisch-hypochondrische Stimmung ihren Anfang nahm und diese überhaupt nur mit ein paar Zeilen beschrieben ist), dann natürlich auch alle, wo das Nierenleiden erst im Laufe der psychischen Krankheit auftrat, endlich auch alle Fälle, wo es sich nur um Delirien handelte[1]).

Die Fälle der ersten Gruppe sind folgende:

1) *Leidesdorf* hat zwei Fälle beobachtet, welche beide mit dem Tode endigten und wovon er den folgenden, bei welchem die Section gestattet wurde, mittheilte[2]).

J. N., 39 J. alt, Gutsbesitzer, von kräftiger Constitution, dem Trunke ergeben, war auf dem Lande an einer Intermittens erkrankt, die sich auf die Anwendung geeigneter Mittel verlor, ohne jedoch einem vollkommenen Gesundheitszustand Platz zu machen. Schmerzen in der Nierengegend, Anasarca und endlich Hydrops liessen den ihn behandelnden Arzt ein Nierenleiden annehmen. Der Harn wurde nicht untersucht. Gleichzeitig mit diesem Complex von Erscheinungen wurde der Kranke tiefsinnig, und eine grosse Angst und Furchtsamkeit bemächtigte sich seiner. Dieser Zustand, sowie die serösen Ansammlungen schwanden endlich mit dem länger anhaltenden Auftreten reichlicher Urinentleerungen, so dass der Kranke zur gänzlichen Wiederherstellung seiner Gesundheit eine Reise nach dem Süden

---

[1]) Hierzu gehört z. B. ein Fall von *Todd*, welchen *Leidesdorf* (Beiträge S. 75) anführt; dann ein Fall von *Marcus* Berl. med. Wochenschr. 1877 No. 40 (am 6. Tag des Scharlachs nach vorhergegangenen Convulsionen 12stündige verwirrte Tobsucht. Genesung) und die Beobachtung XXI. in *Bartel*'s Nierenkrankheiten (*Ziemssen*'s Handbuch) S. 387.

[2]) Beiträge zur Diagnostik und Behandlung der primären Formen des Irreseins. Coesfeld 1855 S. 73.

unternehmen konnte. Hier ergab er sich wieder dem Trunk, worauf alle oben angeführten Krankheitssymptome neuerdings auftraten. — Als der Kranke meiner Behandlung übergeben wurde, hatte er ein bleiches gedunsenes Ansehen, schlaffe ausdruckslose Gesichtszüge, eine trockene Haut, Anasarca und Wasseransammlungen in der Brust und im Unterleibe. Der Urin war stark eiweisshaltig und liess ein Sediment fallen, welches aus Faserstoffgerinnsel, Nierenepithelium und Blutkörperchen hauptsächlich bestand. Das Gedächtniss war beinahe gänzlich geschwunden, Furcht, Angst und Misstrauen sprachen sich in seinem ganzen Wesen aus, seine Ideen waren im höchsten Grade verwirrt. Der Kranke wurde mehr und mehr einsilbig, gleichgültig, stupide. Diese Symptome steigerten sich bis zur Betäubung. Die Respiration wurde mühsam, beschleunigt, der Urin ging unwillkürlich ab und der Kranke starb. Seit seiner Aufnahme in die Anstalt waren zwei Monate verflossen. Die Leichenöffnung wurde 24 Stunden nach dem Tode gemacht.

Die Pia mater und die Gehirnsubstanz waren blutarm. Das Hirn und seine Hüllen boten ausser einem mässigen Serumerguss in den Arachnoidealsack nichts Bemerkenswerthes dar. Bauch- und Brusthöhle enthielten bedeutende Mengen Flüssigkeit. Die Lungen waren stellenweise emphysematös und mit blutigem Serum infiltrirt. Der Herzbeutel enthielt einige Unzen Wasser. Das Herz selbst war normal; die Leber fettig entartet. Die Milz vergrössert von compacter Consistenz, liess gruppenweis geordnete Pigment-Molecüle wahrnehmen. Die Nieren zeigten die Alterationen, welche den Uebergang des zweiten zum dritten Stadium der Brightschen Nierenkrankheit charakterisiren.

2) A. Gr., Oekonomensohn, 29 J. alt, war von Jugend auf scrophulös, aber ohne erbliche Anlage zu psychischer Krankheit, und bekam in der Pubertätszeit Knochenleiden am linken Oberarm und Oberschenkel, in jenem noch jetzt fortdauernd; er wollte sich jedoch niemals operiren lassen. In der letzten Zeit hatte er viel Umgang mit einem stillen jungen Menschen, mit welchem er auch religiöse Schriften las. Dieser wurde in den ersten Tagen des September 1866 von einer psychischen Störung befallen und deshalb in eine (andere) Irrenanstalt gebracht. Am darauffolgenden Tag sprach auch Gr. exaltirt und widersinnig, war bald stumm, bald unruhig und gewaltthätig; nachdem dies acht Tage fortgedauert hatte, wurde er am 13. September 1866 in die Kreis-Irrenanstalt zu Erlangen aufgenommen. Sein Aussehen war blass und fahl, seine Haut trocken, der linke Oberarm verkürzt, die Beweglichkeit des Schultergelenkes aufgehoben, auf der oberen und unteren Fläche des Oberarmes Narben, wodurch früher Knochenstücke abgegangen sein sollen. Ellenbogengelenk in Beugung unbeweglich, daselbst 3—4 Eiter entleerende Oeffnungen. Linke untere Extremität angeschwollen. Im Urin ungeheure Mengen Eiweiss. Sein Benehmen war scheu und ängstlich, doch nicht traurig. Er war etwas langsam in der Auffassung und brauchte immer einige Zeit, bevor er gestellte Fragen be-

antwortete; doch erfuhr man von ihm, dass er schon mehrmals Brustentzündungen und einmal kaltes Fieber gehabt habe. Gegen Ende September wurde er unruhiger, zog sich immer aus, war sehr furchtsam, empfindlich gegen Berührung, sprach kaum ein paar abgebrochene Worte, wollte nicht im Bette liegen bleiben, war unempfänglich gegen Zusprache und leistete passiven Widerstand. Auch Erbrechen und Nasenbluten trat ein. Vom 3. October an kam er allmälig zu sich, fragte, ob er noch auf der Welt sei, machte aber noch allerlei seltsame Gesten und Verbeugungen. Appetit gering bei viel Durst. Er wurde nun wieder schweigsam, ängstlich, mürrisch, geistig träg. Die Oedeme traten wechselnd bald im Gesicht, bald an einer Hand auf, constant blieben sie jedoch an den unteren Extremitäten. Das Erbrechen liess nach. Ende October sehr stumpf und matt, zunehmender Collaps, heftiges Nasenbluten, das durch Tamponade gestillt werden musste, Vergiftungsfurcht, Decubitus. Tod am 6. November früh 6 Uhr. Die Section ergab: leichte Intermeningealhämorrhagie (frische Blutcoagula auf der Innenfläche der rechten Dura, stellenweise zarte vascularisirte Pseudomembranen), Hirn mässig blutreich, graue Substanz, sehr bleich. Emphysem und Oedem der Lungen, linkseitige schlaffe Pneumonie, leichter Hydrothorax, Kalkconcremente im Herzfleisch. Brightsche Entartung im Stadium der beginnenden Atrophie (Kapsel festhaftend, Substanz blass, derb). Wachsmilz (vergrössert, Durchschnitt glatt, blassviolett). Struma, Fistelgänge und Hyperostosen des linken Oberarms, so wie des linken Oberschenkels. Residuen nekrotischer Processe. Ankylose des linken Ellenbogengelenkes.

3) *Jolly* beobachtete folgenden[1]) (hier im Auszuge wiedergegebenen) Fall. Frl. A. M., 19 J. alt, ohne psychopathische Anlage, früher stets gesund, erkrankte am 14. August, nachdem sie sich Tags vorher muthmaasslich erkältet hatte, während psychische Motive für die Erkrankung nicht vorlagen. Sie fühlte sich sehr unwohl, klagte über heftiges Kopfweh und verfiel rasch in einen tief apathischen Zustand mit Verlangsamung des Pulses bei normaler Temperatur und träger Reaction der Pupillen. In den folgenden Tagen nahm die Apathie zu, die Kranke weigerte sich, Nahrung zu nehmen und liess die in den Mund geflösste wieder herauslaufen. Der Urin wurde zurückgehalten und musste mit dem Katheter entleert werden. Er enthielt Anfangs kein Eiweiss, jedoch bald liess sich solches nachweisen und vom 8. Tage an war der Eiweissgehalt schon sehr stark. Oedeme stellten sich nicht ein. Die Kranke lag Tag und Nacht mit halb geöffneten Augen da, reagirte auf nichts, was um sie vorging, setzte aber den Versuchen, Nahrung einzuflössen, passiven Widerstand entgegen. Zuweilen wurde sie unruhig, suchte das Bett zu verlassen, schrie, sie müsse verbrennen und schlug nach ihrer Umgebung, die sie zurückhielt. Dazwischen kamen einzelne freiere Zeiten, in denen sie vernünftig sprach, ihre Umgebung

[1]) Berl. klin. Wochenschr. 1873 No. 21.

erkannte, sagte, sie sei schwer krank, sie wolle nichts mehr essen, weil sie ja doch sterben müsse. Am 12. Tage der Krankheit, am 26. August 1872, wurde sie in die Irrenabtheilung des Juliusspitals in Würzburg aufgenommen. Ausser der Abwehr der Nahrungsmittel, gegen welche sie stets den Mund fest geschlossen hielt, war sie reactionslos gegen Alles, machte aber häufig automatische Bewegungen, griff mit beiden Händen nach dem Kopfe, stiess mit den Beinen die Decke weg und wälzte sich im Bett herum. Der Urin enthielt viel Eiweiss und Cylinder. Künstliche Ernährung durch die Sonde; Morphiuminjectionen gegen mehrmalige Aufregungszustände. Die Temperatur schwankte zwischen 37,5 und 39,5. Der Urin, welcher noch stets mit dem Katheter abgenommen werden musste, aber immer spärlich war und enorme Mengen Eiweiss enthalten hatte, zeigte vom 6. September an eine plötzliche Abnahme des Eiweissgehaltes. Der psychische Zustand blieb sich jedoch gleich. Pat. lag mit leerem, ängstlichem Blick da, sprach nichts, setzte Versuchen, sie zu bewegen, passiven Widerstand entgegen und verliess manchmal das Bett, um an der Thür zu lauschen. Convulsionen hatte sie niemals, erbrach auch nicht, ausser zuweilen gleich nach der Fütterung. Vom 18. September an allmälige Besserung, die Sonde wurde nicht mehr nöthig, doch musste man ihr das Essen noch geben, wie sie denn überhaupt noch wenig Fähigkeit besass, Willensacte auszuführen, stumpf war und Stuhl und Urin ins Bett gehen liess. Im October schritt die Besserung noch mehr fort, der Urin war fortwährend eiweissfrei, sie orientirte sich wieder über ihre Umgebung, doch war ihre Stimmung noch ängstlich und beeinflusst von Gehirnhallucinationen, Kopfweh und Empfindlichkeit gegen Geräusche noch längere Zeit vorhanden. Am 31. October 1872 entlassen, erholte sie sich zu Hause noch vollends, gewann ein blühendes Aussehen und erlangte ihre Geisteskräfte vollkommen wieder. Die Erinnerung an die ersten Perioden ihrer Krankheit war verworren, nur unbestimmte Vorstellungen von furchtbaren Proceduren, die ihr gedroht hatten, waren in ihrem Gedächtniss zurückgeblieben.

4—6) *Wilks* berichtet 3 Fälle [1]). Im ersten Falle handelte es sich um einen Eisenbahnwärter, der nach einem Anfalle von Bewusstlosigkeit in heftige Manie verfiel, die nach zwei Tagen wieder verging. Der Harn war stark eiweisshaltig und der Kranke litt offenbar an chronischer granularer Nephritis. Im zweiten Falle bekam eine junge Frau, die schon lange an Brightscher Krankheit litt, heftige epileptiformen Anfälle und wurde gleichzeitig so heftig maniakalisch erregt, dass sie isolirt werden musste. Nach einigen Tagen verfiel die Kranke in einen Zustand von Lethargie und kehrte dann allmälig in ihren früheren Geisteszustand zurück. Der dritte Fall betraf eine Frau in den mittleren Jahren, im Zustande äusserster Kachexie in Folge von seit lange bestehender Brightscher Krankheit. Plötz-

[1]) Journal of mental sc. Juli 1874 p. 243. Mitgetheilt nach dem Referat in *Schmidt*'s Jahrbüchern Bd. 186 S. 280.

lich wurde sie besinnungslos und tobsüchtig und blieb in diesem Zustande ungefähr eine Woche, dann wurde sie wieder ruhig. Sie starb bald darauf an Atrophie der Nieren. Geringere Grade von Geistesstörung beobachtete *Wilks* noch ausserdem in einigen Fällen von Brightscher Krankheit und Gicht.

7) *Scholz* beobachtete folgenden Fall [1]). Ein 43jähriger, erblich nicht belasteter Conditor wurde in dem Stadium des Morbus Brightii, welches der Nierenschrumpfung entspricht (mässiges Oedem der Füsse, mässige Albuminurie, aber bedeutende Hypertrophie des linken Ventrikels), am 27. Januar 1873 in's Krankenhaus in Bremen gebracht. Fieber hatte Pat. nicht, war aber in seiner Ernährung sehr heruntergekommen. Der Augenspiegel ergab geschlängelte, hyperämische Venen, graue Trübung der Papille, Hämorrhagien und weissliche Entfärbung in der Umgebung der Macula lutea. Acht Tage nach der Aufnahme wurde Pat. plötzlich sehr lustig, lachte, schwätzte unaufhörlich und wies auf Befragen nach dem Grunde seiner Heiterkeit kichernd nach dem Fenster und der Stubendecke — er müsse über die Menschen lachen, die dort sässen und so komische Grimassen schnitten. Dabei war der Kranke sich und seiner Umgebung vollkommen bewusst und antwortete correct auf alle Fragen. Aber schon am folgenden Tage nahmen die Hallucinationen einen finsteren, drohenden Charakter an, der Kranke sah Gestalten auf sich zustürzen, um ihn zu schlagen, zu tödten, er schrie oft laut auf und sprang aus dem Bette, um sich seinen Peinigern zu entziehen. Auch dieser Zustand hielt nicht an, sondern machte dem einer grösseren Ruhe und gleichmässigeren Stimmung Platz, in welchem die Hallucinationen allmälig zu verblassen schienen. Dafür traten fixirte Wahnvorstellungen auf, die den Charakter des Verfolgungswahnes trugen und den Kranken bis zu seinem Tode nicht mehr verliessen. Er solle getödtet werden, seine Frau trachte nach seinem Leben, weil er sein Leben für sie versichert habe. Am 2. März, dem 34. Tage nach der Aufnahme und nach 36stündigem Coma verstarb der Kranke. Erbrechen oder Krämpfe hat er nie gehabt, nie über Kopfschmerzen geklagt; auch ist bis zum Eintritt des Coma niemals Benommenheit des Sensoriums bei ihm beobachtet worden. Die Section ergab: Hyperämie und Verdickung der Pia, frisches sulziges Exsudat auf der Convexität beider Hemisphären, weniges klares Exsudat in den nicht vergrösserten Seitenventrikeln. Am Herzen bedeutende Hypertrophie des linken Ventrikels und Insufficienz der Mitralis, auf dem Pericardium frische Injectionen und leichte fibrinös-eiterige Auflagerungen. Die Nieren beiderseits, namentlich aber rechts, stark geschrumpft und granulirt, die Rindensubstanz fast verschwunden.

8—10) *Clouston* berichtet über zwei von ihm beobachtete Fälle und einen von *Grainger Stewart* mitgetheilten [2]). Die durch Brightsche Krank-

---

[1]) Berl. klin. Wochenschrift 1876 No. 11.

[2]) Aus Mentalscience in Ann. med. p. 1878 T. II. S. 432.

heit entstehende Psychose tritt nach ihm in den vorgerückteren Stadien der Albuminurie auf und äussert sich als Manie mit Delirien, excessivem Bewegungsdrang, Personenverwechselung, Sucht sich herabstürzen und anderen für den Kranken gefährlichen Handlungen. Es treten vollständige Remissionen ein.

11) *Hasland* beobachtete folgenden Fall[1]). Am 6. September 1873 trat ein 19 Jahre alter junger Mann, mit allen Zeichen der Brightschen Krankheit, welche nach der Anamnese schon vor zwei Monaten ihren Anfang genommen hatte, in's Kommunehospital in Kopenhagen ein. Durch eine Milchcur erfolgte bedeutende Besserung, die Oedeme verschwanden, das Aussehen wurde frisch und der Kranke befand sich wohl; nur der Eiweissgehalt des Urins blieb unverändert. Vom 5. Oktober an wurde das Befinden jedoch wieder schlechter, Oedeme kamen und nahmen ab und zu, es stellte sich Erbrechen, Schmerzen in der Lendengegend und leichter Ascites ein. Schwitzen mittelst warmen Bades und wollener Decken erleichterte nur vorübergehend. Am 27. November klagte der Kranke über Druck auf der Brust, das Oedem im Gesicht hatte etwas abgenommen, das an den Schenkeln war fast ganz verschwunden. Am Nachmittag desselben Tages wurde der Kranke somnolent, Abends bekam er starke convulsivische Zuckungen im ganzen Körper, die als leichte Schauer begannen und zu heftigen Convulsionen sich steigerten; das Bewusstsein war dabei vollständig klar. Nach halbstündigem Schlaf hatten die Convulsionen aufgehört und Pat. befand sich ein paar Tage lang ziemlich gut. Am 29. November gegen Abend trat plötzlich ein starker Angstanfall auf, der Kranke delirirte und bekam gleichzeitig Krämpfe in den Gesichtsmuskeln. Gegen Morgen waren die Delirien mild, der Kranke schien Hallucinationen zu haben und seine Umgebung nicht zu kennen. Nach 10 Ctgrm. Moschus schlief er ruhig. Nachher aber dauerten Zuckungen und Delirien fort. Der maniakalische Zustand blieb ziemlich unverändert bis gegen Mitte März; der Kranke war oft tobsüchtig, schlief nur wenig, war gefrässig, sehr unreinlich und sein Zustand bot ganz das Bild einer gewöhnlichen Manie. Morphiumeinspritzungen waren von geringer Wirkung. Die Oedeme verhielten sich wechselnd, waren aber nie bedeutend, der Ascites blieb unverändert. Von Anfang März an ruhiger geworden, wurde er auf Wunsch seiner Eltern am 28. März 1874 entlassen, blieb zu Hause ruhig, nur etwas verschlossen und stumpf. Das Oedem war so gut wie verschwunden. Im Sommer besserte er sich noch weiter und kam völlig zur Vernunft. Zu Zeiten nahm das Oedem etwas zu und der Kranke wurde dabei matt und benommen, bekam Erbrechen, Durchfall und Kopfschmerz; Symptome von Geistesstörung traten jedoch nicht wieder auf, nur das Gedächtniss schien etwas geschwächt. Anfangs 1875 trat wieder ein Anfall von urämischen

---

[1]) Ugeskr. f. Laeger 1880 B. I. 20. Referat davon in *Schmidt*'s Jahrb. Bd. 186 S. 279.



Symptomen auf, der Kranke collabirte rasch und stark, ohne dass eine Spur von Convulsionen oder Delirien auftrat.

12) *Schüle* erzählt[1]) einen Fall, welchen ich hier nicht ausführlicher berichte, da sein Handbuch in den Händen jedes Lesers der Zeitschrift sein wird, und von welchem ich daher nur anführe, dass, da die Oedeme sich schon längere Zeit vor der psychischen Erkrankung eingestellt hatten, an seiner Hierhergehörigkeit nicht zu zweifeln ist.

Ich könnte zwar noch ein paar Fälle anführen, in welchen der Zusammenhang von Nierenkrankheit mit psychischer als Ursache dieser möglich war. Da aber bei ihnen aus verschiedenen Gründen nicht mit Sicherheit nachgewiesen werden konnte, dass die Nierenerkrankung unzweifelhaft schon vor der Geisteskrankheit bestand, so muss ich sie hier ausser Betracht lassen, so wahrscheinlich mir auch der in Rede stehende Causalnexus ist[2]). Die angeführten Fälle setzen es aber ausser Zweifel, dass zu den krankhaften Zuständen, welche im Gefolge Brightscher Krankheit auftreten, auch Geisteskrankheiten im eigentlichen Sinne, nicht blos Coma und Delirien, gehören. Wir dürfen hierin eine gewisse Befriedigung unseres theoretischen Bedürfnisses erblicken, für welches die Thatsache, dass aus pathologischen Zuständen, welche so oft Coma und Delirien erzeugen, auch bei längerer Dauer niemals Geisteskrankheit entstehen solle, immer störend und unbequem sein musste. Lehrt ja doch die Analogie von den Narcoticis, dass alle Stoffe, welche in grösseren Dosen Betäubung, Somnolenz und Convulsionen bewirken, unter Umständen auch transitorische Tobsucht und Hallucinationen erzeugen, und bei der Uraemie ist ja die Blutalteration keine momentane, sondern eine sich immer wieder erneuernde. Gleichwohl ist die Befriedigung, welche uns die festgestellte Thatsache gewährt, nur eine halbe; denn es erhebt sich sogleich die weitere Frage, weshalb denn nun diese Complication doch eine so seltene ist. Die Beantwortung derselben

---

[1]) Handbuch der Geisteskrankheiten. Erste Auflage S. 305. Zweite Auflage S. 275.

[2]) Dies gilt auch von den Fall *Savage*'s (aus Journ. of ment. science, mitgetheilt in *Schmidt*'s Jahrb. Bd. 186 S. 286), bei welchem die Möglichkeit, dass es sich um eine Paralyse handelt und die Nierenkrankheit secundär war, nicht ganz abzuweisen ist.

kann nicht versucht werden, ohne ein Eingehen in die Vorgänge, welche den bekannten als urämische bezeichneten Hirnsymptomen zu Grunde liegen. Nun ist diese Frage trotz zahlreicher und eingehender Bemühungen bekanntlich noch eine offene[1]), so dass auch unsere Bemühungen wenig Aussicht auf Erfolg zu haben scheinen. Gleichwohl verlohnt es sich, wenigstens den Versuch zu machen, da möglicher Weise gerade von diesem noch weniger gewürdigten Punkte aus erhellende Streiflichter auf die ganze Frage fallen könnten.

Wir stellen zunächst die Erscheinungen zusammen, welche in den angeführten Fällen, wenn auch nicht constant, doch besonders häufig vorkamen. In der Mehrzahl der Fälle ist der Charakter der Krankheit der melancholische: Furcht vor Verfolgung oder Vergiftung, Sucht zu entfliehen, plötzliche Anfälle von Gewaltthätigkeit gegen sich oder gegen Andere. Wo Manie mit Tobsucht angegeben ist, ist es daher bei Mangel näherer Schilderung wahrscheinlich, dass es mehr Melancholia activa war. In Fall 6 bestand heitere Manie nur einen Tag lang und schlug dann um; nur in Fall 11 ist eine länger dauernde eigentliche Manie constatirt. Mit den Aufregungszuständen wechselt Apathie, Verdrossenheit, Benommenheit bis zum Stumpfsinn ab; zuweilen ist mit letzterem passiver Widerstand verbunden. Personenverwechselung wird mehrmals angegeben; Hallucinationen des Gesichts einmal und des Gehörs einmal. Epileptiforme Anfälle wurden einmal, Convulsionen zweimal beobachtet, in einem Fall im Beginn und Verlauf, in den zwei anderen Fällen sub finem zugleich mit dem Sopor. Die Nierenkrankheit war in allen Fällen zweifellos schon vor der psychischen Störung vorhanden, doch sind in keinem Fall Untersuchungen auf die Quantität des Harnstoffs im Urin gemacht worden. Was der Verlauf betrifft, so ging in einem Fall die Krankheit in völlige und dauernde Genesung über, in anderen traten Remissionen und Inter-

[1]) Es existirt hierüber eine sehr grosse Litteratur, von welcher ich jedoch zur Erhärtung des Obigen die beiden folgenden anzuführen für hinreichend halte. *Bartel's* Nierenkrankheiten in *Ziemssen's* Pathologie Bd. IX. Zweite Auflage, S. 98 ff.; und *Huguenin* desselben Sammelwerkes. Supplementband S. 25.

missionen auf, bis schliesslich doch der Tod unter den dieser Krankheit eigenthümlichen Erscheinungen eintrat.

Man kann sich nun zu diesen Thatsachen in zweierlei Weise stellen: entweder muss man allen Causalzusammenhang zwischen Brightscher und psychischer Krankheit leugnen und das Zusammentreffen in allen Fällen für ein zufälliges, also durch irgend welche anderen Ursache herbeigeführtes, erklären, oder man erkennt einen solchen Zusammenhang an und sieht sich dann vor die weitere Aufgabe gestellt, zu erforschen, wodurch die psychisch krankhaften Erscheinungen hervorgerufen werden und weshalb sie bei Brightscher Krankheit nicht öfter zu Stande kommen.

Was das Erste betrifft, so kommt zuvörderst in Betracht, dass eben solche andere Ursachen in allen diesen Fällen nicht nachzuweisen sind. Nur in meinem Fall (No. 2) könnte die Ansicht geltend gemacht werden, dass die religiösen Uebungen, das gemeinschaftliche Beten mit dem Freund und zuletzt der psychische Choc (psychische Erkrankung des Freundes) die Krankheit erzeugt hätten. Wenn aber solche Momente zu Ursachen von Geisteskrankheit werden sollen, so setzt dies doch immer eine gewisse Disposition voraus. Da nun erbliche Belastung nicht vorhanden war, so ist es doch das Natürlichste und Nächstliegende, anzunehmen, dass die bei der Aufnahme schon voll entwickelte und länger bestandene Brightsche Krankheit (erzeugt durch einen jahrelangen Eiterungsprocess in den Knochen) schon einen abnormen Gehirnzustand bewirkt hatte, welche eine düstere gedrückte Stimmung und das Gefühl innerer Unzulänglichkeit erzeugte und die Neigung zum Beten im Gefolge hatte. Gleichwohl wäre Gr. vielleicht bis zum Tode frei von eigentlicher Geisteskrankheit geblieben, wenn nicht der psychische Choc eingetreten wäre. Durch diesen Coefficienten kam es zur psychischen Krankheit, aber er würde für sich allein diese nicht erzeugt haben, ohne die durch das Nierenleiden schon gesetzte und länger bestandene Schädigung des Gehirnlebens. Es ist hiermit eine eigene Sache. Dass man im Verlaufe einer Nierenentzündung stets darauf gefasst sein müsse, dass auf einmal auch Coma oder Convulsionen, also exquisite Hirn-

symptome, sich einstellen, ist ein jetzt so feststehender Satz, dass es dabei Jedem ist, als ob sichs von selbst so verstände, obgleich die Art, wie diese Hirnsymptome zu Stande kommen, trotz vielfacher Bemühungen noch nicht genügend aufgeklärt ist. Da sohin die Nothwendigkeit dieses Zusammenhanges noch in keiner Weise bewiesen ist und deducirt werden kann, so haben wir es in der Hauptsache doch eben nur mit etwas Thatsächlichem zu thun. Warum nun dieses Thatsächliche überall, wo es aufstösst, sofort zweifellos als Ausdruck eines causalen Zusammenhangs gedeutet und angenommen wird, und warum dagegen die Entstehung psychischer Krankheit, also einer andern Klasse von Hirnsymptomen, a priori einem gewissen Misstrauen begegnet, so dass der Zusammenhang immer mit allem kritischen Aufgebot sicher gestellt werden muss, ist in keiner Weise erfindlich und nur aus der Seltenheit des Vorkommens zu erklären. Dass aber die Seltenheit der Complication von zwei Zuständen oder Erscheinungen ein Beweis gegen ihren ätiologischen Zusammenhang sei, kann nur bei irrigen Vorstellungen von der Bedeutung der Statistik behauptet werden. Denn sollte für oder gegen die ursächliche Verknüpfung beider Erscheinungsgruppen die Häufigkeit oder Seltenheit ihres gemeinsamen Auftretens oder ihrer Aufeinanderfolge benutzt werden, so könnte dies in unserem Falle nur durch den ziffermässigen Nachweis geschehen, dass unter einer bestimmten grösseren Anzahl von Brightschen Kranken Geisteskrankheit häufiger oder gleich häufig oder sogar seltener vorkommen, als bei nicht an dieser Krankheit Leidenden. Dazu würde aber gehören: 1) eine genaue Statistik aller in einem gewissen Zeitraum bei einer grösseren Bevölkerung (bei uns etwa in Mittelfranken) vorgekommenen Fälle von Brightscher Krankheit, 2) eine solche über alle in diesem Zeitraum vorgekommenen Fälle von psychischer Krankheit überhaupt und dann 3) noch insbesondere über diejenigen Fälle, wo letztere zu jener hinzutrat. Eine Stastik ad 1) existirt nicht. Was No. 2 betrifft, so gehen uns auch hier zuverlässige Data ab, denn selbst die allgemeinen Zählungen der Irren liefern nur den Stand zu einer bestimmten Zeit des Jahres, nicht aber die Gesammtheit der Erkrankungen, welche

im Laufe des ganzen Jahres oder mehrerer Jahre vorgekommen sind. Ad 3 endlich unterliegt es wohl keinem Zweifel, dass, so wie es noch immer viele psychische Erkrankungen giebt, welche nicht in die Anstalten gelangen, sondern zu Hause ihren Ablauf in Genesung oder Tod machen, so es auch mit den oft nur verhältnissmässig kurze Zeit dauernden Störungen nach Brightscher Krankheit sein wird, welche daher auch ausserhalb der Zählung bleiben.

Wir müssen also auf diese Untersuchungsmethode verzichten. Damit ist aber keineswegs die Unbeweisbarkeit der ganzen Sache entschieden. Denn die Statistik, die Zählung, beweist ja an und für sich einen ätiologischen Zusammenhang gar nicht, sondern ist nur ein Mittel der Heuristik und der Kritik, welches uns einerseits darauf aufmerksam macht, dass zwischen gewissen Vorkommnissen ein ursächliches Verhältniss mehr oder weniger wahrscheinlich sei, andererseits dazu dient, Hypothesen und Theorien auf ihre Richtigkeit zu prüfen. Wo diese Methode nicht verwendbar ist oder zu grossen Schwierigkeiten unterliegt, da kann dies natürlich nicht im Mindesten ein Beweis dafür sein, dass ein ätiologischer Zusammenhang überhaupt nicht existire, und es liegt auf der Hand, dass zwei Erscheinungen mit einander ursächlich verknüpft sein können, wenn ihr Miteinander oder ihre Aufeinanderfolge auch nur ein einziges Mal beobachtet wurde.

Ist einmal das Vorkommen von Psychosen im Gefolge von acuten, subacuten oder chronischen Nierenentzündungen constatirt, so kann über ihre innere Verwandtschaft mit den gewöhnlich sogenannten urämischen Cerebralsymptomen kein ernstlicher Zweifel bestehen. Die psychischen Störungen werden sich zu diesen in ganz ähnlicher Weise verhalten, wie die in der Epilepsie oder Hysterie vorkommenden zu den Krämpfen und Alterationen der Sensibilität. Sie sind das Aequivalent dieser, d. h. gleichwerthige Affectionen, nur dass sie, statt in der somatischen Sphäre, weiter zurück in der psycho-physischen spielen und mit weniger Schärfe und Intensität und ohne Verlust des sinnlichen Bewusstseins auftreten. Dabei bleibt freilich immer noch der Grund zu ermitteln, weshalb in eben diesen verhältnissmässig (bis jetzt wenigstens) seltenen

Fällen nicht blosse Hirnsymptome, sondern psychische Störungen entstehen. Diese Aufgabe ist eine in hohem Grade schwierige, hauptsächlich deshalb, weil wir über das Wesen der den Psychosen zu Grunde liegenden Störungen des Central-Nervensystems noch so wenig Sicheres und allgemein Anerkanntes wissen. Ehe wir an sie herantreten, wollen wir daher als weiteren Behelf noch die Fälle der zweiten Gruppe, in welchen die Geisteskrankheit nicht nach Nephritis, sondern nach anderen, wenn auch verwandten, chronischen Nierenleiden entstand, der Betrachtung unterziehen. Dieselben sind sämmtlich von mir beobachtet.

13) Im Jahre 1860 kam Frau W., 46 J. alt, Kaufmannsfrau aus N. in unsere Anstalt. Aus Petersburg gebürtig, hatte sie sich in Gumbinnen verheirathet und dort im Jahre 1848 die Cholera bekommen, war aber genesen und gesund geblieben und wohnte seit 6 Jahren in N., wo sich ihr Mann niedergelassen hatte. Vor drei Jahren machte sie nach Mittheilung des letzteren eine Unterleibsentzündung durch. Während sie vorher stets heiter gewesen war und nur zuweilen an Verstopfung gelitten hatte, welche Kopfcongestionen bewirkte, war sie nach dieser Unterleibsentzündung lebensmüde und hatte häufig den Gedanken, dass sie bald sterben müsse. Die Menses waren vor zwei Jahren eine Zeit lang ausgeblieben, kamen profus wieder und blieben sodann ganz aus. Im April 1860 erlitt sie durch Fallen von der Stiege eine Subluxation des Fusses und bald darauf hatte sie den Einzug in ein erkauftes neues Haus zu leiten, das aber im Innern noch im Bau begriffen war, wobei es ohne manche Unordnung und widrige Gemüthsbewegungen nicht abging. Am 27. Mai ging sie bei feuchtkaltem Wetter in zu leichter Kleidung in die Kirche und spürte gleich, dass sie sich erkältet habe. Am 29. Mai stellten sich Schüttelfrost, Hitze, krampfhafte Harnbeschwerden ein und der Appetit verlor sich. Anfangs wurde sie, wie auch vor drei Jahren, homöopathisch behandelt; doch wendete man sich bald an einen allopathischen Arzt, welcher rothes Gesicht, Kopfschmerz, Mattigkeit und doch Aufgeregtheit fand und Blutegel, Natrum nitricum, Phosphorsäure ohne Erfolg verordnete. Vom 7. Juni an wurde sie immer unruhiger, zerriss ihr Hemd, zerkratzte sich die Brust, wollte immer hinaus und ihre Sprache wurde hastig und verworren. Als sie am 14. Juni in die Anstalt kam, war ihr Aussehen blass, schwärzlicher Schwund an Zähnen, Lippen, Mund, Puls 96, Temperatur mässig erhöht. Sie konnte nicht stehen, sondern sank immer gleich zusammen, ihre Sprache war matt, leise und tonlos, die Rede unzusammenhängend und unverständlich. Das Schlucken ging schwer, selbst Flüssiges, wie Arzenei, floss zum grossen Theile wieder aus. In den darauf folgenden Tagen war sie bald sehr agitirt, bald soporös. Kalte Begiessungen im warmen Bad erregten wenig

Reaction; es trat Collaps und am 19. Juni der Tod ein. Die Section ergab Folgendes: Im Arachnoidealsack reichliches Serum, die Furchen weit, darunter auch eine grössere Lücke von der Arachnoiden überspannt. Die Hirnsubstanz nicht ödematös, auch nicht weicher. Das Hirngewicht betrug, fast genau den Kopfmaassen entsprechend, 36 Unzen, 2 Drachmen, 7 Gran (1068 Gramme). Die Rinde röthlich grau, viel Serum in den Ventrikeln und deren Umgebungen weicher. Lungen anämisch, rechts oben einige erbsengrosse Indurationen und zahlreiche narbige Einziehungen. Leber (29 Unzen) und Milz (2 Unzen 5 Dr.) klein. Herz normal (8 Unzen 2 Dr.). Nieren sehr klein, lappig, höckerig; die Kapsel fest verwachsen mit der Corticalis, Diese bedeutend vermindert, in der linken mehrere erbsengrosse Cysten, in beiden zahlreiche kleinere, mit blossem Auge sichtbare. Nierenbeckenschleimhaut gewulstet, mit Schleim bedeckt. Die rechte Niere wog zwei Unzen, sechs Drachmen (82 Gramme), die linke zwei Unzen, drei Drachmen, ein Scrupel (72 Gramme). Beide zusammen also 154 Gr.

14) Ein 69jähriger Tapezierer, welcher von jeher gerne getrunken und viel geraucht hatte, und in früheren Jahren an permanentem Kopfschmerz und Erbrechen, dann auch Harnbeschwerden gelitten, endlich seit 1857 öfters besonders des Nachts epileptische Anfälle gehabt haben soll, äusserte am 1. Mai 1860 plötzlich Vergiftungsgedanken, sprach den ganzen Tag nichts, machte dann Angriffe auf die Seinigen, und kam Tags darauf in's Ansbacher Krankenhaus, wo er bösartig war, lärmte, die Leute mit Füssen trat und zwei Tage Essen und Trinken verweigerte. „Ihr habt mich vergiftet; schlagt mich todt, Feuer, Lumpe, Spitzbuben.“ Dann bald ruhig, bald unruhig.

Am 14. Juni kam er in die Anstalt. Sehr hinfällig; rothblaue Wangen, Beine hoch heraufgeschwollen, etwas auch die Hände. Bettlage. Immer somnolent, apathisch, mürrisch, vergesslich. Die Auscultation und Percussion liess auf eine muthmasslich in Lösung begriffene Pneumonie schliessen, von welcher jedoch in der hierher gelangten Krankengeschichte keine Rede war. Die Temperatur war dabei nur 36, der Puls nicht beschleunigt, kein Eiweiss im Urin. Ich übergehe den weiteren Verlauf, um zum Ende zu kommen. Der Tod trat nach 9tägigem Aufenthalt am 23. Juni ein. Die Section ergab starke Verwachsung der Dura mit dem Schädel, dessen Nähte aber noch erhalten waren, Gehirn wenig injicirt. Rindensubstanz blass. In den Corp. str. beiderseits kleine Lücken, Höhlungen mit bräunlichen Wandungen. Leichte Stenose der Mitralis mit Hypertrophie der linken Kammer, Obsolescenz des Herzbeutels. In beiden Lungen Hepatisation mit starkem Oedem, Thrombose der Lungenarterienzweige und mehrere grosse Brandheerde, Höhlen mit Jauche gefüllt. Peritonealüberzug der Leber und Milz verdickt. Leber etwas marmorirt.

Linke Niere, an mehreren Stellen granulirt, sehr klein (leider nicht gewogen), rechte hat zwei Ureteren in der oberen Hälfte des Nierenbeckens zu einem über Faust grossen hydronephrotischen Sack ausgedehnt, in dessen

Wand nur eine 4 Mm. dicke Schicht Rindensubstanz enthalten ist. Der betreffende Ureter durch einen Stein $8^1/_2$ Cm. oberhalb der Blase verstopft. Untere Nierenhälfte normal mit besonderem Ureter.

15) Die 69jährige Tagelöhnerin E. hatte bereits 6—8 Jahre an häufigem Schwindel, beängstigtem Athmen und Schenkelschmerzen gelitten und viel geschwitzt, als sie im Februar 1868 einen Schlaganfall erlitt, nach welchem sie *links*seitig gelähmt war und eine Sprachsstörung zeigte, in welcher sie Personen mit falschen Titeln und Gegenstände mit falschen Worten (entweder ihr sehr geläufigen oder auch fremdartigen, unverständlichen) benannte. Lähmung und Sprachstörung verloren sich wieder und das Allgemeinbefinden war leidlich, bis am 1. Mai 1869 wieder ein Schlaganfall auftrat, nach welchem sich eine rechtsseitige Lähmung zeigte, so wie eine, jedoch nur einen Tag anhaltende Undeutlichkeit der Sprache. Aber ausserdem traten sofort auch die Erscheinungen der Melancholie auf (Jammern, dass sie verarmt sei, dass man ihr etwas angethan habe). Diese bald ängstliche, bald ärgerliche Stimmung blieb, auch nachdem die Lähmung wieder verschwunden war und es traten sogar tobsüchtige Anfälle auf, in welcher sie Kleider und Betten zerriss. In diesem Wechsel zwischen melancholischem Winseln und boshafter Heftigkeit verging Herbst und Winter; am 22. März 1870 wurde die Kranke in die Anstalt aufgenommen. Sie wurde hier bald ruhiger, aber physisch schwächer, lehnte sich gern an Andere oder lag auf dem Boden, leistete aber immer noch gerne Widerstand durch Kratzen und Beissen, wenn man sie zu etwas, das sie gerade nicht wollte, zum Essen oder zu irgend einer Ortsveränderung bestimmen wollte. Gegen Ende December trat eine Entzündungsgeschwulst auf der Dorsalseite des rechten Vorderarms auf, welche bald in ein grosses Geschwür überging; später stellte sich unstillbare Diarrhoe ein und nach mehrtägiger Agonie starb die Kranke am 9. Januar 1871. Die Section ergab an der unteren Fläche des rechten Schläfenlappens, dann an der Basis der linken Hemisphäre, an der Grenze zwischen Schläfen- und Hinterlappen, und in der linken Fossa Sylvii von der Spitze der ersten Schläfenfurche bis über die Oberfläche der Insel eine rostbraune Färbung der Pia mit Schwappen derselben, aber ohne Flüssigkeit darunter. Vielmehr war die unter diesen Stellen liegende Gehirnsubstanz gegen die umliegenden Hirnwindungen etwas eingesunken und zeigte sich an der betreffenden Hirnpartie die Rindensubstanz verschwunden und durch ein äusserst zartes mit Serum gefülltes Maschennetz ersetzt; auf der linken Seite war durch eine solche tief eingesunkene Narbe die Temporalwindung fast ganz zerstört, doch erreichte die Narbe die Insel nicht. Die mikroskopische Untersuchung ergab den gewöhnlichen Befund von älteren apoplektischen Narben und zwar beiderseits gleich; in einem theils zarten theils groben Maschenwerk zahlreiche braune Pigmenthäufchen; im Balkenwerke verlaufen starke Gefässäste, deren Wände besonders diese Pigmentkörnchen zeigen; daneben finden sich Fettkörnchenkugeln in mässiger Ausdehnung. — Ausser diesem Hirnbefund wies die

Obduction doppelseitige Pneumonie, mässige Herzhypertrophie, Thrombose beider Herzohren mit Erweichung, Atrophie von Leber und Milz und Granularatrophie beider Nieren nach; die rechte Niere, welche zahlreiche Narben darbot, wog $80^1/_2$, die linke 55 Gramme, in beiden war die Corticalis sehr schmal.

16) S. F., Kaufmannstochter, wurde aufgenommen am 29. December 1870, 57 J. alt. Sie stammt aus einer Familie, in welcher schon mehrere Fälle von Geisteskrankheit vorgekommen sind; war als Kind sanft und gutmüthig und soll viel geistige Anlagen verrathen haben, war aber immer etwas schwermüthig. Zur Jungfrau herangewachsen, war sie liebenswürdig, und zeigte einen sehr frommen Sinn, der aber schon bald in Frömmelei umschlug. Sie machte sehr strenge Ansichten über Schauspiel und Tanz geltend und gerieth dadurch in Zerwürfnisse mit der Mutter. Im Alter von 27 Jahren wurde sie irrsinnig und nach W. gebracht, von wo sie nach einem Jahr genesen entlassen wurde. Sie wurde dann Erzieherin von Töchtern in einer gebildeten Familie. Nachdem dieselben erwachsen waren, kehrte sie nach N. zurück, und war dann bei einem Bruder Haushälterin 6 Jahre lang, während welcher sie von Zeit zu Zeit geistig gestört war. Nachdem sie sich 1858 einige Zeit in Neuendettelsau aufgehalten hatte, wurde sie wieder Erzieherin, erfuhr nun aber wiederholte Gemüthserschütterungen durch den Tod einer Freundin, eines Bruders und der Mutter. Sie ging nach Hause, um den Vater zu pflegen, erkrankte aber, nachdem sie dies sieben Monate lang gethan, wieder und kam im April 1870 wieder nach Neuendettelsau. Sie scheint sich dort während des Sommers noch leidlich benommen zu haben, im Herbst aber verschlimmerte sich der Zustand. Sie hegte die Idee der Verwandlung in ein Schwein, hielt sich für verloren und verdammt, raufte sich die Haare aus, zerriss ihre Kleider, zertrümmerte Fenster und Oefen, setzte dem Einnehmen von Arznei den grössten Widerstand entgegen. Körperlich hatte sich ein gewisser Marasmus ausgebildet, der Appetit war aber ganz gut. Auf dem Wege in die Anstalt hatte sie ein Wagenfenster zertrümmert und sich noch fortwährend die Haare ausgerauft. Hier musste sie anfangs isolirt werden, wurde aber doch bald so weit ruhig, dass sie in einem gemeinschaftlichen Saal sein konnte. Sie strickte nun fleissig und las ebenso eifrig, hatte aber die üble Gewohnheit, stets ihr Kopfhaar auszureissen und in den Mund zu stecken, was den Anderen so viel Ekel erregte, dass sie allein essen musste. Sie war nicht davon abzubringen und erklärte selbst, sie könne es unmöglich lassen. Daneben hatte sie noch einige Zeit hindurch grosse Neigung zum Kleiderzerreissen. Dabei war ihre Stimmung stets ängstlich, gedrückt; sie lehnte Besuche von Bekannten ab, weil sie dieselben nicht ertragen könne, fürchtete sich vor den gewöhnlichen Bädern und stiess manchmal eigenthümlich grunzende Töne aus. So blieb es im Wesentlichen in den folgenden Jahren. Dann wurde sie allmählich besser, sie grunzte weniger, ihre Näharbeiten wurden recht brauchbar, aber das Auszupfen der Haare liess sie nicht, weshalb

der ganze Kopf stets nur Haare von 2—3 Millimeter Länge trug. Auch war sie beim Essen stets unreinlich. Im Sommer fürchtete sie sich sehr vor Gewittern. Von 1877 an noch weitere Besserung, sie empfängt jetzt lieber Besuche von Bekannten, zupft weniger an den Haaren, als dass sie am Kopfe reibt, hat aber immer noch Scheu vor den Menschen, lässt sich zu keiner eigentlichen Unterhaltung herbei, isolirt sich gern, geht nicht in die Kirche. Im September 1880 blieb sie wegen Mattigkeit, Abgeschlagenheit, Schwindel im Bette; dann trat Schwerhörigkeit und Schlummersucht hinzu, später auch Erbrechen. Kein Fieber. Im Urin Spuren von Eiweiss. Später wechselten mit der Schlummersucht Delirien, sie erkannte die Personen nicht mehr recht, schrie dieselben mit gellender, kreischender Stimme an, als ob sie nicht recht hörten, hatte zwar immer noch guten Appetit, behauptete aber öfters, man thue ihr Eidechsen oder Kröten ins Essen. Auch Ptosis beider Augenlider kam hinzu, verschwand aber wieder. Allmälig nahm die Schwäche zu und ohne Todeskampf starb sie am 21. October 1880. — Bei der Section erschienen Hirn und Hirnhäute blutarm; Sulci nach hinten klaffend, Seitenventrikel ziemlich ausgedehnt, das Ependym glatt und derb, aber die oberste Schicht des Streifenhügels beiderseits besetzt mit theils feinsten, theils stecknadelkopfgrossen Hämorrhagieen. Consistenz des Gehirns normal, Gewicht (mit den Häuten) 1038 Grammen. Herz klein, 7,5 Cm. breit, 8 Cm. lang, wiegt 182 Gramme. Lungenödem. Leber verkleinert. Rechte Niere äusserst atrophisch (congenital, da auch keine Nierenarterie sichtbar ist), 6 Cm. lang, 2 Cm. breit, sehr glatt, ungefähr $^1/_2$ Cm. dick; wurde nicht gewogen, weil um der Demonstration im pathologisch-anatomischen Curs willen das ganze umgebende Zellgewebe nebst einem grossen Aortenstück herausgenommen wurde, kann aber zu höchstens 10 Gr. angeschlagen werden. Linke Niere 13 Cm. lang, 5 breit, 3 dick. Gewicht 72 Gramm. Kapsel festhaftend, Oberfläche granulirt, Pyramiden klein, Corticalsubstanz 4 Mm. dick. Mehrere Fibroide am Uterus. Magen dilatirt, am Pylorus ein $4^1/_2$ Cm. langer und $3^1/_2$ breiter Krebsknoten; die Oeffnung vom Magen aus noch für den kleinen Finger durchgängig.

Unterziehen wir nun diese vier Fälle einer vergleichenden Betrachtung, so finden wir in allen eine bedeutende Reduction der Nierensubstanz. Dieselbe ist auf verschiedene Weise bewirkt, im ersten Falle durch hochgradige cystöse Entartung beider Nieren mit Atrophie, im zweiten durch Hydronephrose der einen und Granularatrophie der andern Niere, im dritten durch Granularatrophie beider Nieren, im vierten durch bedeutende Atrophie der linken Niere bei congenitalem Defect der andern. Es ist nun von Interesse und Wichtigkeit, den Grad dieses Substanzverlustes, wenigstens annähernd durch die Verhält-

nisse des Nierengewichtes festzustellen. Zu diesem Zwecke ist es nothwendig, das mittlere Gewicht der Niere, und zwar gesondert für jedes Geschlecht, zu kennen. Wir finden hierüber in der Litteratur verschiedene Angaben.

Geist[1]) hat eine Uebersicht über die von ihm gewogenen Nieren von Pfründnern in den Lebensaltern von 60 bis 90 Jahren, nach Jahrzehenden, mitgetheilt. Nach derselben ergiebt sich als mittleres Gewicht beim Manne für die linke Niere 136, für die rechte 128 Gramm, das Minimum von 75,5, das Maximum 162,3 Gramm. Beim weiblichen Geschlecht ergiebt sich für die linke Niere ein mittleres Gewicht von 110, für die rechte von 103 Gramm, während das Minimum 46,3, das Maximum 162 Gramm ist. *Geist* glaubte hiernach, weil nach *Meckel* das mittlere Gewicht beider Nieren zusammen circa 234 Gr. betrage, dass das Gewicht der Nieren im hohen und höchsten Alter ein hohes, selbst höheres als im mittleren Lebensalter sei. Dieser Schluss ist aber deshalb ein unrichtiger, weil die Voraussetzung eine irrige ist, indem die *Meckel*'sche Zahl jedenfalls, den neueren Wägungen zufolge, eine zu niedrige ist. Es gilt nämlich von ihr dasselbe, wie von den *Geist*'schen und den früheren *Rayer*'schen[2]) Wägungen: dass diese hauptsächlich an den Nieren von solchen Personen vorgenommen wurden, welche an Krankheiten und zwar grossentheils solchen gestorben waren, die allgemeine Ernährungsstörungen herbeiführen, in deren Folge die Eingeweide und so auch die Nieren an Volumen abnehmen. Bei den Wägungen *Geist*'s kommt hinzu, dass die Gestorbenen lauter alte Leute waren und dass daher unter den gewogenen Nieren

---

[1]) Die Krankheiten der Greise. Erlangen 1860. Erster Theil S. 133.

[2]) *Rayer* traité des maladies des reins, T. I, 1839, giebt S. 9 die Nierengewichte von 27 Frauen und S. 10 von 30 Männern; bei jenen beträgt die Summe der Gewichte der rechten Niere 131 Unzen 4 Dr., der linken 101 Unzen 7 Dr., bei diesen 131 und 136 Unzen; das durchschnittliche Gewicht einer Niere ist daher bei jenen $3^2/_3$, bei diesen $4^1/_2$ Unzen. Aber fast alle Nieren stammen von Kranken; nur bei den Frauen kommt ein Fall von Vergiftung und bei den Männern je einer auf Hernien, Apoplexie und Kopfverletzung. Dagegen waren von den Frauen 14, bei den Männern 7 an Phthisis oder Krebs gestorben.

jedenfalls eine grosse Anzahl solcher waren, bei welcher Altersatrophie bestand. *Thoma*[1]), welcher gefunden hat, dass die Niere bis zum 36. Jahre wächst, hat daher aus *Rayer*'s Tabelle diejenigen Wägungen ausgezogen, welche Personen von 36—41 Jahren angehörten, denselben eigene und andere Wägungen hinzugefügt und aus denselben das Mittel gezogen. Es ergaben sich folgende Mittelwerthe:

Wägungen von *Rayer* u. *Thoma* f. d. 36.—41. Lebensj.	153,9 Gr.
„ „ *C. T. Krauss* „ „ „	146,0 „
„ „ *Reid* m. Leich. „ „ „	158,0 „
„ „ „ w. „ „ „ „	140,0 „
Einschläg. Wäg. v. *Vogel* „ „ „	148,6 „
	747,3 Gr.

Demnach Mittelwerth $\frac{747,3}{5} = 149,4$ Gramme.

Wir können nach diesen Angaben das durchschnittliche Gewicht der normalen Niere eines Gesunden im mittleren Lebensalter rund auf 150 Gramm und zwar, da männliche und weibliche Nieren durchschnittlich um 20 Gramm differiren, das Mittelgewicht einer männlicher Niere zu 160, das einer weiblichen Niere zu 140 Grammen anschlagen. Da es uns aber nicht auf das Gewicht der einzelnen Niere, sondern auf das der gesammten den Individuen zu Gebote stehenden Nierensubstanz ankommt, so haben wir von diesen Zahlen das doppelte, also für das männliche Geschlecht 320, für das weibliche 280 Grammen Nierensubstanz (Gesammtgewicht beider Nieren) anzunehmen.

Vergleichen wir nun hiermit unsere Wägungsresultate, so

---

[1]) *Thoma*, zur Kenntniss der Circulationsstörung in den Nieren bei chronischer interstitieller Nephritis. *Virchow*'s Archiv LXXI. S. 42 ff. Nach S. 70 wachsen gesunde Nieren von der Zeit der Geburt bis zum 36. Lebensjahr von etwa 14 Grammen bis auf 150 Gramm. Mit diesen Ergebnissen stimmen fast völlig die von *Dieberg:* das Gewicht des Körpers und seiner Organe. *Casper*'s Vierteljahrschr. f. ger. Med. Bd. XXV. (1864 S. 140), wonach das mittlere Gewicht bei 7 plötzlich, zum Theil gewaltsam, gestorbenen Männern für die rechte Niere 152, für die linke Niere 159 Gramme betrug; bei zwei Frauen war das Mittel 142 und 161. Dagegen fand *Sadler* (Gaz. des hôpit. 1879. Wiener med. Wochenschr. 1880 No. 52) bei 26 von 28 Greisen die Nieren atrophisch.

betrug bei No. 13 das Gesammtgewicht beider Nieren 154, bei No. 15 135, bei No. 16 in Maximo 82 Gramme. Zieht man hierbei in Betracht, dass bei den beiden ersten ein guter Theil des Gewichts auf die Cysten mit ihrem Inhalt, also auf functionslose Substanz, kommt, so ergiebt sich ein enormer Abstand von dem Mittelgewicht normaler Nieren, ein Heruntersinken nicht blos auf, sondern aller Wahrscheinlichkeit nach weit unter das Minimum derselben, da schon die Durchschnittszahlen der Nieren von Kranken (*Geist* und *Rayer*) 260 und 220 Gramm Gesammtgewicht liefern.

Nun kann man freilich sagen: dass die Besitzer solcher Nieren auch geisteskrank waren, ist eben eine einfache Complication, ein Zufall. Das kann ja wohl im Allgemeinen so sein; warum nicht? Kann nicht ein nierenarmer Mensch gerade so gut geisteskrank werden, als irgend ein Anderer? Ganz richtig; aber die Gegenfrage, ob ein solcher sich caeteris paribus unter gleich günstigen Bedingungen, insbesondere in Bezug auf das Gehirnleben, befinde, als irgend ein Anderer, wird Niemand im Ernste bejahen wollen.

Dass mit einem so hochgradigen Mangel an Nierensubstanz eine zu geringe Harnausscheidung verbunden sein muss, liegt am Tage, man müsste denn annehmen, entweder dass auch bei Nieren normaler Grösse immer ein Theil ihrer Substanz gewissermaassen unbenutzt bleibt, oder dass bei den in ihrer Grösse so sehr reducirten eine bedeutende functionelle Steigerung ihrer Thätigkeit und zwar continuirlich Jahrelang eintritt, zwei Annahmen, von welcher die eine so wenig Boden hat und denkbar ist, als die andere. Wir hatten allerdings keine Ahnung von dem Dasein und insbesondere von der Art des vorhandenen Nierenleidens und daher keine Veranlassung gehabt, den Urin auf seine Menge und auf die Quantität des Harnstoffes zu untersuchen; dieser Mangel ist aber keine Instanz gegen die Nothwendigkeit der Folgerung, dass mit einem im Extrem kleinen Quantum von Nierensubstanz eine zu geringe Harnausscheidung verbunden sein muss. Ist aber diese und mit ihr die des Harnstoffs (und vielleicht noch mancher anderen bisher noch nicht oder zu wenig bekannten Bestandtheile) anhaltend reducirt, so können die Folgen für

die thierische Oekonomie überhaupt und so auch, wie die Urämie lehrt, speciell für das Hirnleben nicht ausbleiben, und wenn Jemand behaupten wollte, dergleichen habe gar nichts zu sagen, so wäre mir dies eben so unverständlich, als die Behauptung, dass die Nieren überhaupt überflüssige Organe seien.

Gleichwohl scheint die Erfahrung Beweise darzubieten, dass Nierendefecte der besprochenen Art vom Organismus und insbesondere auch vom Gehirn ohne Nachtheil ertragen werden. Es giebt Fälle, wo man solche bei der Leichenöffnung findet, ohne dass im Leben etwas von psychischer Krankheit in gewöhnlichem Sinne zu bemerken gewesen wäre. So findet sich z. B. unter den 9 Beobachtungen, welche *Rayer*[1]) über entzündliche Affectionen der einen Niere bei Mangel der anderen mittheilt, kein Fall psychischer Krankheit, und *Machenberg*[2]) beobachtete vollständigen Mangel der rechten Niere bei linksseitiger suppurativer Nephritis, ebenfalls ohne Psychose. Aber *Rayer*'s Fälle hatten alle einen sehr raschen Verlauf und bei *Machenberg*'s Kranken war, nachdem er früher schon ein paar Mal erkrankt gewesen und immer bald wieder, wenigstens relativ, genesen war, nach ebenfalls sehr raschem Ablauf der letzten Erkrankung, sechs Tage vor dem Tode Benommenheit des Sensoriums mit zeitweiser Unruhe eingetreten. In Fällen dieser Art war eben der Zustand vom Organismus unter Aufgebot seiner Selbsthülfe eine Zeit lang ertragen worden, bis diese nicht mehr ausreichte, wo dann die Katastrophe um so rascher erfolgte. Solche Thatsachen beweisen daher nur, was wir schon wissen, dass die Natur die durch mangelhafte Nierenfunction gesetzte Störung längere Zeit hindurch ausgleichen kann, indem die durch den Urin auszuscheidenden Stoffe entweder als Harnstoff durch die Haut oder in irgend welcher

---

[1]) l. c. S. 496—306. Obs. XXIV—XXXII.

[2]) Berl. klin. Wochenschr. 1872 No. 22. Auch *Meschede* erzählt in der deutschen Klinik von 1872 No. 3 einen Fall von totaler Kalkdegeneration einer Niere nebst Brightscher Degeneration der anderen, wo keine psychischen Symptome da waren, der Kranke aber an Urämie mit Erbrechen zu Grunde ging.

anderen Gestalt durch andere Organe ausgeschieden werden[1]). Ist es ja doch auf keine andere Weise zu erklären, dass überhaupt nicht in allen Fällen von Nierenkrankheit die sogenannten urämischen Symptome auftreten. So wenig es hier Jemanden in den Sinn kommen wird, aus dieser Thatsache einen Beweis dagegen bilden zu wollen, dass, wo bei Nierenkrankheiten Cerebralsymptome auftreten, diese in jener ihre Ursache haben, so wenig lässt sich aus der Seltenheit psychischer Krankheit bei Nierenleiden der Schluss ziehen, dass, wo eine Psychose nachweisbar nach schon längerem Bestehen einer Störung der Nierenfunction auftritt, das Nierenleiden gleichwohl ganz unschuldig dabei sei.

Uebrigens ist es nicht einmal richtig, dass Nierenkrankheiten, wenn und so lange sie nicht psychische Krankheit erzeugen, ohne allen Einfluss auf das psychische Leben seien. Schon längst ist die Beobachtung gemacht worden, dass bei Nierenentzündungen häufig eine düstere Schwermuth beobachtet werde[2]) und *Lécorché* sagt[3]), nachdem er andere Symptome der interstitiellen hyperplastischen Nephritis (unerklärliche Mattigkeit, Abmagerung, trockene Haut, Schwindel, Ueblichkeit) aufgeführt hat: Parfois on constate chez le malade une apathie insolite, des troubles qui peuvent faire penser à une affection des centres cérebraux ou médullaires. Ainsi *Dickinson* a signalé de la tendance à pleurer, de la paresse des extremités inférieures. Die Sache würde freilich ein wesentlich anderes Aussehen gewinnen, wenn sich bewahrheiten würde, was *Clifford Albutt* gefunden zu haben glaubt. Derselbe glaubt auf Grund seiner Erfahrungen behaupten zu dürfen[4]),

---

[1]) Vgl. *Oertel*, Untersuchungen über die abnorme Anhäufung von Harnbestandtheilen im Blut. München 1867. — *Leube*, über den Antagonismus zwischen Harn- und Schweisssecretion und dessen therapeutische Bedeutung. Deutsches Archiv für kl. Med. Bd. VII. S. 1 ff. Verhandlungen der Erlanger med.-physikalischen Societät 1870. S. 40. — *Bartels* Nierenkrankheiten. S. 125.

[2]) *Clarus* bei *Friedreich* allg. Pathologie der psychischen Krankheiten. S. 403.

[3]) Archives générales de med. 1874. April und Mai. S. 576.

[4]) Im British med. Journ. 1876, nach einem kurzen Referat in der Wiener med. Wochenschr. 1877 No. 14.

„dass Seelenangst und langer Kummer eine der häufigsten Ursachen von granulirten Nieren sei. Im Beginne kommen nach ihm die meisten noch im mittleren Lebensalter stehenden Kranken mit der Klage zum Arzte, dass sie leicht ermüden, nach psychischer Erregung dyspnoisch werden. Objectiv lässt sich constatiren, dass dieselben abgemagert sind, der Puls gespannt und Herz vergrössert ist und der specifisch leichte Harn Spuren von Eiweiss enthält. Bei 35 Fällen, welche *A.* in den letzten Jahren beobachtet hat, war 24 Mal die angegebene Ursache vorausgegangen. Es werden zur Illustration 8 Fälle angeführt, in welchen Menschen in glücklicher und sorgloser Lebensstellung, nachdem sie von schweren Schicksalsschlägen getroffen worden waren, an interstitieller Nephritis erkrankten.“ Ich kenne zwar diese Fälle nicht näher, da mir das Original von *Albutt's* Abhandlung nicht zugänglich war; es gehört aber ein starker Glaube dazu, der Meinung beizupflichten, dass widrige Gemüthsbewegungen interstitielle Nephritis bewirken. Ich glaube, es liegt hier dieselbe Täuschung vor, welcher wir Irrenärzte so oft bei den Laien hinsichtlich der Ursachen von Psychosen begegnen: man hält irgend ein unangenehmes Ereigniss für die Ursache einer Gemüthskrankheit, während doch diese in Wirklichkeit schon vor jenem bestand und durch jenes nur eine rasche Steigerung erfuhr und sich deutlicher nach aussen kund gab. So ist es auch mit der genuinen Nierenschrumpfung. Dieselbe verläuft bekanntlich im Anfang lange latent und selbst ohne dass der an ihr Leidende sich irgendwie krank fühlt, so dass man ihr Vorhandensein nur ganz zufällig und gelegentlich bei zu anderem Zwecke vorgenommener Untersuchung des Urins und dann des Herzens erfährt. Es findet eben in solchen Fällen lange Zeit eine Compensation, unter Anderem namentlich durch die stärkere Herzthätigkeit in Folge der consecutiven Herzhypertrophie statt[1]). Wird nun diese compensatorische Herzthätigkeit durch anhaltende deprimirende Gemüthsbewegungen geschwächt und mehr oder weniger lahm gelegt, so

---

[1]) Nach *Bartel's* Krankheiten des Harnapparates. Erste Hälfte. *Ziemssen's* Handbuch IX. Bd. S. 425 ff.

entfaltet das Nierenleiden nun auf einmal ungehemmt alle seine unheilvollen Wirkungen, und es kann nun, wenn der Kranke jetzt erst sich dem Arzt stellt, für diesen sehr leicht der Schein entstehen, als ob die Gemüthsbewegung die wirkliche, die einzige und volle Ursache des Nierenleidens gewesen sei. In der weiter unten folgenden Epicrise meiner vier letzten Fälle wird sich deutlich herausstellen, dass die Gemüthsstimmung der betreffenden Kranken auch ausserhalb der eigentlichen Psychose schon lange eine düstere, gedrückte oder bängliche war und dass die Ursache hiervon in nichts Anderem gesucht werden konnte, als in dem schon vorhandenen Nierenleiden.

Das Auftreten einer wirklichen psychischen Krankheit erfolgt aber immer erst, wenn sich noch anderweitige Umstände hinzugesellen. Diese werden dann eintreten, wenn die bisherige Compensation durch anderweitige Stoffausscheidung, wodurch die Wirkungen der Insufficienz der Nieren ausgeglichen worden waren, plötzlich aufhört. Dies kann geschehen durch die eben besprochene Wirkung deprimirender Gemüthsbewegungen auf das Herz, in Folge deren die noch functionsfähige Nierensubstanz auf einmal zu wenig Blut erhält. Es kann aber auch geschehen durch Erkältungen, wodurch die Hautausdunstung unterdrückt und überhaupt die Hautfunction gestört und in der Ausscheidung des Harnstoffs gehindert wird; ferner durch anderweitige Krankheiten, wie Pneumonie, wenn durch das damit verbundene Fieber der Zerfall der Gewebsbestandtheile beschleunigt und dadurch ein grösserer Anspruch an die Harnsecretion gemacht wird; endlich auch schon durch das zunehmende Alter, in welchen namentlich die Hautausdüstung und der Schweiss sehr abnimmt. Die nächste Wirkung davon auf das Psychische und somit der Beginn einer sich dadurch entwickelnden Geisteskrankheit kann sich nun in verschiedener Weise gestalten. Es kann zuerst, und so lange die Compensation noch in mässigerem Grade gestört ist, blos die Gemüthsstimmung noch unmuthiger, verdrossener oder ängstlicher werden und erst mit der Steigerung der Niereninsufficienz, wenn die Hirnaffection sich derjenigen nähert (ohne sie jedoch völlig zu erreichen), deren Folge sonst Somnolenz oder

Coma oder Convulsionen sind, treten psychische Störungen auf. Diese können aber auch ziemlich plötzlich und unvermuthet erscheinen, und zwar, wenn die urämische Blutvergiftung sich rasch und intensiv entwickelt, als Delirien, wenn mehr subacut, als active Melancholie oder als Manie. Die ersteren stehen in gleicher Linie mit den Fieberdelirien, von welchen ja die neuere Zeit immer mehr Beweise beibringt, dass sie ihren Grund bei weitem mehr in der Blutvergiftung als in der Erhöhung der Temperatur haben [1]). Die anderen, entweder Melancholien mit Hallucinationen oder Manien oder Psychosen mit dem Charakter des acuten Deliriums, sind stellvertretend für die urämischen Convulsionen — eine Aequivalenz, welche auch anderweitig oft genug vorkommt und hier schon als selbstverständliche Wahrheit gilt. Nur dies scheint diesen urämischen Psychosen eigen zu sein, dass sie vorwiegend einen melancholischen Charakter tragen. Die Stimmung ist argwöhnisch, finster, unmuthig, die Halluciationen sind drohender Art; wenn sich Wahnideen ausbilden, ist es meistens Verfolgungswahn (hierin ähnlich den Typhusdelirien ohne Fieber). Es kann zu Nahrungsverweigerung kommen, oder die Kranken werden tückisch und gewaltthätig.

Auf den Zusammenhang zwischen diesen Psychosen und der ihnen zu Grunde liegenden Urämie näher einzugehen,

[1]) War dies bisher schon durch Fälle von Delirien ohne sonderlich erhöhte Temperatur und durch Fälle von hoher Temperatur ohne Delirien, usw besonders auch durch die Delirien im Abfallstadium der Fieber bewiesen (an welchen keineswegs lediglich die Anämie die Schuld trägt), so spricht dafür neuerdings insbesondere noch die Arbeit von *Fräntzel* über schwere Erkrankungen an Abdominaltyphus, welche afebril oder mit geringen Temperaturerhöhungen rasch verlaufen, in der Zeitschr. für klin. Med. Bd. II. 2. Heft, S. 217ff. Er beobachtete, wie auch schon *Strube* Berl. klin. Wochenschr. 1871 No. 30, im französischen Krieg 41 Fälle, wo ohne Fiebertemperatur Apathie, Somnolenz, bald blande, bald furibunde Delirien mit Verfolgungswahn, der zu Fluchtversuchen führte, sehr stark ausgesprochen waren. In einer anderen Abhandlung in demselben Bande der Zeitschr. für klin. Medicin (*Litten*, über septische Erkrankungen, S. 378) werden die dabei vorkommenden Hirn- und Nervenerkrankungen ganz überwiegend als toxische, als bedingt durch die Einwirkung des inficirten Blutes auf die Nervencentren betrachtet, während der Einfluss der hohen Temperatur erst in zweiter Linie in Betracht kommt.

unterlasse ich. So lange der Grund, weshalb es in der Urämie bald nur zu Coma kommt, bald Convulsionen, bald Delirien auftreten, noch nicht mehr aufgeklärt ist als bisher, ist es misslich, Deductionen zu versuchen, welche durch den Zweifel, dem sie begegnen, leicht die Folge haben könnten, dass auch die Thatsachen selbst in Abrede gestellt und von Neuem ignorirt werden. Ich begnüge mich daher, diese festzustellen und das soeben Dargelegte an den mitgetheilten Fällen zu illustriren.

Die Krankheit der Frau W. (No. 13) konnte weder als Melancholie noch Manie noch als einfache Verwirrtheit bezeichnet werden, sondern trug nach ihrem Symptomencomplex das Gepräge des Delirium acutum; auch trat der Tod, wie bei diesem so oft, am 21. Tag ein. Woher kam aber nun die Krankheit? Die Schuld wurde von den Angehörigen auf eine Erkältung geschoben. Allein diese, welche in früheren Zeiten so Vieles erklären sollte, dann allmälig in völligen Misscredit gerieth und erst in neuerer Zeit allmälig wieder zu Ehren kommt, reicht jedenfalls in unserem Falle nicht aus, eine so schwere Gehirnerkrankung, welche offenbar mit Rheumatismus nichts zu schaffen hatte, zu erklären. Auch der Aerger, welcher Frau W. beim Bezug des neuen Hauses hatte, reicht für sich allein nicht hin. Der Collaps des Gehirns, die sehr geringe Atrophie und der Serumerguss müssen theils als durch die Inanition, theils erst im Act des Todes entstanden angesehen werden und erklären überdies den Symptomencomplex in keiner Weise. Sonst wurden alle Organe normal gefunden bis auf die Nieren. Sie waren beide bedeutend cystös entartet, atrophisch und wogen zusammen nur 154 Grammen, also weit unter dem Durchschnitt (280), ja selbst unter dem Minimum eines normalen weiblichen Nierengewichts. Dazu kommt noch, dass das Gewogene nicht einmal ganz in Nierensubstanz, sondern zum nicht geringen Theil in Cysten sammt deren Inhalt bestand. Durch diesen besonders für das noch mittlere Lebensalter der Kranken (46. J.) ganz bedeutenden Substanzdefect musste eine sehr bedeutende Verminderung der Function bewirkt werden, es mussten übermässig viel zersetzte Organbestandtheile und Wasser im Blut zurückbleiben. Aber

dieser Zustand der Nieren datire jedenfalls schon seit lange her und musste zu seiner Entwickelung Jahrelang gebraucht haben. Warum trat nun die deletäre Wirkung nicht viel früher ein? Offenbar, weil andere Organe für die Nieren vicariirten: Darm und Lunge (diese durch vermehrte Wasserverdunstung und vielleicht auch Ausathmen von kohlensaurem Ammoniak), vor Allem aber die Haut ersetzten die Nierenfunction. Denken wir uns, der Harnstoff und vielleicht noch andere Zersetzungsproducte sei durch die Haut ausgeschieden worden, so konnte Patientin ein erträgliches Leben führen. Ein erträgliches; denn ganz ohne Schädigung ging es nicht ab. Schon vor 3 Jahren, nach einer Unterleibsentzündung, hatten sich der Kranken Sterbegedanken bemächtigt. Ob diese Unterleibsentzündung eine Peritonitis oder Enteritis war, ist zweifelhaft; jedenfalls fand man in der Leiche nicht die mindesten Residuen. Erwägt man, dass die Kranke, wie zu Anfang der letzten Krankheit, so muthmasslich auch schon damals von einem Homöopathen behandelt worden war, so kann man sich einigermassen denken, wie die Diagnose war, und es steht der Annahme nichts entgegen, dass die damalige Krankheit eine Nierenaffection gewesen war, welche vielleicht auch das Bauchfell in Mitleidenschaft gezogen und durch Störungen in den Harnkanälchen Veranlassung zu der Entstehung der Cysten gegeben hatte. Die Kranke fühlte von da an eine Unbehaglichkeit und Bangigkeit, durch welche ihr der Gedanke baldigen Todes aufgedrungen wurde. Es lässt sich denken, dass, wenn der Organismus mit Stoffen belastet ist, welche ausgeschieden werden sollten und die Aufgabe hat, sich deren auf anderem Wege zu entledigen, diese fortwährende Belastung und Anstrengung ein Gefühl nicht allein von Düsterkeit und Trübsinn, sondern auch der Beängstigung, des unheimlichen Drohens eines unbekannten Uebels verursachen kann. Aber das Leben, und so auch das Gehirnleben, wurde doch leidlich fortgeführt, bis eine Schädlichkeit eintrat, welche das Compensationsgeschäft störte: die Erkältung und dadurch gesetzte Unterdrückung der Hautthätigkeit, verbunden mit den Wirkungen des Aergers. Auf welche Weise sich dann weiter die psychische Störung in Gestalt eines Delirium

acutum ausbildete, ob durch directe Einwirkung des zurückgehaltenen Harnstoffs oder anderer Zersetzungsproducte im Blut, getraue ich mir nicht weiter zu verfolgen.

Der Tapezier im Fall No. 14 litt offenbar an einer Insufficienz der Nierenfunction. Die Nieren sind zwar nicht gewogen worden; aber die eine Niere war nur noch halb functionsfähig, und es fand nicht nur kein Ersatz durch etwaige Hypertrophie der anderen Statt, sondern das Gegentheil; auch die andere war sehr klein und im Zustand der Granularatrophie. Ich will nun nicht gerade behaupten, dass die hierdurch bedingte Ueberladung des Blutes mit Harnbestandtheilen die einzige Ursache der psychischen Erkrankung gewesen sei. Diese Nieren-Abnormität hatte jedenfalls schon lange bestanden, ohne psychische Störung zu erzeugen, obgleich Patient dabei auch epileptische Anfälle hatte, welche schon an sich ja so gerne auch psychische Krankheitsformen nach sich ziehen. Es ist vielmehr naheliegend, als Ursache der psychischen Erkrankung den Lungenbrand und die denselben einleitende Pneumonie anzusehen, um so mehr, als der Verlauf beider Leiden darauf hinweist, dass sie schon in ihrem Beginn coincidirten. Die Pneumonie konnte ihre Ursache sowohl in der Nierenschrumpfung als in dem Alcoholismus des Kranken, oder auch in beiden zugleich haben. Gleichwohl möchte ich die Nierenaffection nicht so ohne Weiteres von der Schuld an dem Hinzutreten der Psychose freisprechen. Wir dürfen uns nicht damit begnügen zu sagen, es sei dies eben einer der Fälle gewesen, wo eine Psychose im Gefolge einer Pneumonie auftritt. Da wir über das Wesen dieser Complication noch so sehr im Unklaren sind, indem weder Meningitis, noch Hyperämie, noch Anämie, noch mangelhafte Blutentkohlung das Räthsel bisher gelöst haben, so muss, dächte ich, jede Thatsache willkommen sein, welche geeignet ist, zum erklärenden Bindeglied zu dienen. Im vorliegenden Falle nun steht, im Zusammenhalt mit unseren übrigen bereits gewonnenen Resultaten, meines Erachtens nichts der Annahme entgegen, dass hier die determinirende Ursache die Nierenaffection gewesen sei. Früher mochte diese Functionsstörung leidlich ertragen worden sein, sie wurde es aber nicht mehr und es trat die toxische Wirkung

auf das Gehirn ein, als in Folge der Pneumonie grössere Ansprüche an die Ausscheidung der zersetzten Gewebsbestandtheile gemacht wurden. Diese Complication erfolgte um so leichter, als der Mann ein Trinker war.

Dieser letztere Umstand giebt uns auch Veranlassung, den Fall noch von einer anderen Seite zu betrachten. Dass Pat. ein Trinker gewesen war, wissen wir nur aus der uns eingelieferten Krankengeschichte, die Angehörigen leugneten es entschieden; aber verschiedene anatomische Befunde, wie die Verwachsung der harten Hirnhaut mit dem Schädel, die Obliteration des Herzbeutels, die Verdickung des Ueberzuges von Leber und Milz sprechen doch sehr für die Richtigkeit der Angabe der Krankengeschichte. Allein dass nun das Trinken das allererste Glied in der Reihe von Ursachen gewesen sei, ist dadurch noch nicht bewiesen. Dass der Abusus spirituosorum eine so mächtige und häufige Ursache der Granularatrophie sei, wie es behauptet wurde, ist, wie *Bartels* dargethan hat, nichts weniger als ausgemacht. Wenn es daher auch in unserem Falle nicht so ohne Weiteres anzunehmen ist, dass der Mann sich seine Nierenleiden durch das Trinken zugezogen habe, so ist, in Betracht, dass wir über die Zeit des Anfangs der Trunksucht nichts wissen, eine andere Auffassung zum Mindesten gleichberechtigt, nämlich die, dass jene erst die Folge des Nierenleidens war. Wir wissen, dass in den Anfangsstadien der Nierenentartung (die sich aber manchmal lange hin erstreckten) Polyurie eine häufige Erscheinung ist, so dass der Verdacht auf Diabetes rege wird, welcher durch den in Folge jener sich einstellenden starken Durst bestärkt wird. Dass dieser Durst nicht immer blos durch Wasser gestillt wird, kann man schon an und für sich erwarten, es wird aber um so erklärlicher, wenn man sich an die schon besprochene Thatsache erinnert, dass durch solche Nierenleiden die Stimmung sehr oft eine missmuthige und ärgerliche wird. So konnte denn auch unseren Kranken die Umdüsterung seines Sensoriums schon seit Jahren verleitet haben, seinen Unmuth zu vertrinken und er dadurch erst zum Trinker geworden sein[1]).

[1]) In dieser Weise kann es sich auch bei einem Kranken verhalten haben, der nicht in obige Sammlung von Fällen aufgenommen worden ist,

Dass in dem Falle No. 15 nach dem Sectionsbefund früher eine, und zwar nach dem Verlauf zu schliessen, wiederholte Hirn- und Hirnhautblutung stattgefunden haben musste, wird Niemand bezweifeln. Man wird auch ebensowenig Bedenken

---

aber nur, weil der Zusammenhang nicht ausser Zweifel ist, dessen Geschichte ich aber gleichwohl hier mittheilen will, weil sie gar wohl dienen könnte, das oben Gesagte noch weiter zu illustriren. Im December 1868 wurde in unsere Anstalt ein 73jähriger Gärtner P. gebracht, welcher schon vor einigen Jahren herrschsüchtig und grob geworden, dann viel zu trinken angefangen hatte, besonders Schnaps und Wein. Da er auch Schulden und sonstige tolle Streiche machte und leichtsinnig mit dem Feuer umging, so wurde er in's Krankenhaus zu N. gebracht und da er bald ruhig wurde, am 27. September entlassen. Er wurde jedoch nach kurzer Zeit wieder dorthin zurück und als tobsüchtig am 26. December in unsere Anstalt gebracht. Mehrere Monate lang war er hier ausgelassen, muthwillig, grob, prahlerisch, unrein, kurz, bot er das Bild einer Manie mittleren Grades dar. Am 9. Februar 1869 wurde eine Pneumonie entdeckt, welcher er am 10. März erlag, nachdem sich 6 Tage vorher Purpura gezeigt hatte. Am Gehirn zeigte sich nichts Besonderes, namentlich weder Atrophie noch grosse Hyperämie; die linke Lunge war von vielen hepatisirten auch schwieligen Stellen durchsetzt, in welchen sich auch Kalkconcremente befanden, Herzbeutel verwachsen, Herz mässig hypertrophirt. Milzkapsel verdickt. Linke Niere fehlt, die rechte ist von normaler Grösse. Leber mässig marmorirt. — Dieser Fall bietet, oberflächlich betrachtet, nichts Merkwürdiges. Es ist eine Mania senilis bei einem Potator und gestorben ist der Mann an einer Pneumonia senilis. Aber abgesehen von manchen anderen Fragezeichen, welche sich zu diesen Worten machen lassen, so muss man doch fragen, wie es kam, dass dieser Mann, der doch erst einige Jahre vor seiner psychischen Erkrankung in's Trinken verfiel, siebenzig Jahre lang kein Trinker war und dann es erst wurde? Nun sagt die Krankengeschichte, dass er zuerst anfing, grob und herrschsüchtig zu werden und dann sich dem Trinken ergab. Also war seine Stimmung schon vor diesem eine andere geworden. Das Altwerden allein reicht hier offenbar zur Erklärung nicht hin; aber kein Zweifel kann bestehen, dass das Alter mit seinen physiologischen Veränderungen gewisse Momente in Wirksamkeit setzte, die bisher schon stattgehabt hatten, aber neutralisirt worden waren. Ein Mensch mit nur einer Niere, ohne dass die andere grösser als gewöhnlich wäre, kann nicht gesund, sein Organismus muss in der Ausübung seiner Functionen irgendwie gestört sein, wenn nicht eine Compensation stattfindet und ein Theil der mangelhaften Function von anderen Organen übernommen wird, insbesondere von der Haut. Sobald aber diese vicarirenden Organe dazu untüchtig werden, so werden sich die Wirkungen fühlbar machen, im

tragen, die Schuld daran der Granularatrophie der Nieren beizumessen; denn dass, wenn ein Mensch mit Nierenschrumpfung an einer Hirnhämorrhagie stirbt, die erstere die Ursache der letzteren sein müsse, ist jetzt schon für Jedermann gesichertes Dogma. Man kennt zwar den Zusammenhang noch nicht völlig (die Herzhypertrophie, die noch dazu in unserem Falle eine mässige war, ist schwerlich das einzige und allein vermittelnde Bindeglied), wird aber eben dadurch um so weniger gehindert sein, auch die Psychose mit der Nierenkrankheit in Zusammenhang zu bringen. Zwar könnte man noch einwenden, die Psychose sei eben durch den Reiz der Hirnnarbe und durch die secundären auf die Blutung folgenden Störungen in der Ernährung des Gehirns herbeigeführt worden; aber abgesehen davon, dass in diesem Falle die Nierenschrumpfung, wenn auch nicht die unmittelbare, doch die mittelbare Ursache der Psychose wäre, so vergisst man, dass Hirn- und Hirnhautblutungen in der Aetiologie der psychischen Krankheiten eine sehr geringfügige Rolle spielen und dass Psychosen, die durch sie allein bewirkt wären (Schwach- und Blödsinn ausgenommen) höchst seltene Ereignisse sind. Ich halte es daher für viel einfacher und naturgemässer, die Psychose eben so gut als die Hirnhautblutung unmittelbar von der Nierenkrankheit abzuleiten, um so mehr, als die Melancholie blieb, auch nachdem (nach dem zweiten Schlaganfall) die kurz dauernde Lähmung wieder verschwunden war. Ich mache noch darauf aufmerksam, dass die Symptome der Nierenschrumpfung: Schwindel, Dyspnoe, Schenkelschmerzen schon 6 bis 8 Jahre lang vor dem ersten Schlaganfall bestanden hatten, dass Pat. dabei aber auch stark geschwitzt hatte. Es ist sehr wahrscheinlich, dass dieses starke (compensirende) Schwitzen mit zunehmendem Alter und Nachlass der Arbeitsfähigkeit später

---

Psychischen durch Verstimmung, Düsterkeit, Missmuth. Dies geschieht aber im Alter, wo die Athmungscapacität und die Hautthätigkeit abnimmt, und kommt ganz besonders bei P. in Betracht, der als Gärtner, wenn er stark arbeitete, jedenfalls auch stark transpirirte und viel schwitzte, nun aber auf einmal in eine unthätige Lebensweise überging. Er vertrank den Missmuth, machte aber dadurch das Uebel nur ärger, welches schliesslich auf allerdings noch nicht näher gekanntem Wege zur Manie führte.

wegfiel. Ferner ist hervorzuheben, dass nach dem ersten Schlaganfall Aphasie auftrat, mit welcher aber eine linksseitige Lähmung verbunden war, und dass, als nach dem zweiten Schlaganfall eine rechtsseitige Lähmung zurückblieb, die Sprachstörung nur unbedeutend war und nur einen Tag dauerte. Die Section zeigte, dass die dritte Stirnwindung intact war. Nun betraf zwar die Läsion der Hirnsubstanz die Inselgegend, aber nicht diese selbst, und da in neuerer Zeit mehrere Fälle bekannt geworden sind, wo bei Nierenerkrankung Aphasie lediglich durch die Urämie ohne irgend welche Zerstörung der Hirnsubstanz eintrat, so ist nicht abzusehen, weshalb nicht auch eine Psychose dadurch soll entstehen können[1]).

Dass in dem Fall No. 16 das tödtliche Ende durch Urämie herbeigeführt wurde, dürfen wir deshalb als wahrscheinlich annehmen, weil der Magenkrebs nicht ausgedehnt genug war und offenbar erst kurze Zeit bestanden hatte und der Hirnbefund die Symptome nicht völlig erklärt, da die Ptosis wieder verschwunden war und sonstige Lähmungssymptome nicht vorhanden waren, auch der Erguss in die Ventrikel recht wohl erst kurz vor dem Tode erfolgt sein konnte. Aber es ist ferner auch mehr als wahrscheinlich, dass auch die Psychose ihre Wurzel in der zu geringen Quantität von Nierensubstanz hatte. Zwar war Fräul. F. auch sonst nicht günstig von der Natur bedacht. In der Verwandtschaft sind einige Fälle von psychischer Störung vorgekommen und sie selbst hatte ein im Verhältniss zu ihrer Körpergrösse (sie war für eine Frauengestalt ziemlich über Mittelgrösse) kleines Hirn. Dass sie gleichwohl begabt gewesen sein soll, ist um so merkwürdiger, als die Blutzufuhr zum Gehirn auch keine sonderliche gewesen sein kann, da auch das Herz sehr klein war (182 Gramm, während nach *Geist* das Herz der Greisin im Mittel 263 Gramm, in Minimo 190 Gramm wiegt). Also war die körperliche Constitution von vornherein eine ungünstige und die Kranke hatte von jeher, um den Anforderungen des Lebens zu genügen,

---

[1]) Z. B. *Baginsky*, Aphasie in Folge schwerer Nierenerkrankungen Berl. klin. Wochenschr. 1871 No. 36 u. 37 mit Hinweis auf ähnliche Fälle in derselben Wochenschr. 1869 No. 40.

mehr geistige Kraft aufwenden müssen, als Andere. Nun kam dazu aber noch insbesondere der Nierendefect. Die rechte Niere war zwar nicht gewogen worden, kann aber nach ihrem Volumen nicht höher als zu 10 Gramm angeschlagen werden; da die linke 72 Gramm wog, so hatte die gesammte Nierensubstanz 82 Gramme, also nicht den dritten Theil des mittleren weiblichen Nierengewichts und erreichte nicht die Hälfte des Minimums derselben. Zwar stand die linke Niere schon im Beginn der granulösen Entartung, aber der dadurch bewirkte Gewichtsverlust repräsentirt jedenfalls nur einen geringen Theil des Substanzmangels der Niere, welche schon von Natur zu klein ausgefallen sein muss. Die gesammte Nierensubstanz war also für diesen Organismus von jeher eine viel zu geringe gewesen; und dieses Missverhältniss konnte nicht ohne Folgen für die thierische Oekonomie bleiben. Es musste nothwendig viel zu wenig Harn abgesondert werden und fortwährend ein gewisser Grad von Urämie bestehen. Einigermassen war zwar der Organismus bestrebt, das Missverhältniss auszugleichen; Patientin trank ausser einen Schoppen Bier täglich gar nichts, und vielleicht war auch ihre Hautausdünstung stärker als die gewöhnliche, worüber wir jedoch nichts wissen. Alles dies war aber nicht im Stande, das durch den Nierendefect gesetzte schädliche Element völlig zu eliminiren und dieses musste daher seine nachtheiligen Wirkungen irgendwie ausüben. Nun ist uns von anderen Krankheiten der Pat. als psychischen nichts bekannt geworden. Ihre habituelle Stimmung war zur Melancholie geneigt. Sie war fromm, aber dabei herb und streng gegen den auf Tanz und Vergnügungen gerichteten Sinn ihrer Altersgenossinnen. Wir werden nicht fehl gehen, wenn wir annehmen, dass die Hauptschuld an dieser Gemüthsart und habituellen Stimmung die Unlust trägt, in welcher sie durch ihre fehlerhafte Organisation fortwährend erhalten wurde. Sie hatte mit derselben stets zu kämpfen, und es gelang ihr auch in ihren jüngeren Jahren für gewöhnlich, sich so ziemlich noch in Gleichgewicht zu erhalten, indem sie geistig, durch Willensanstrengung, ihr Gehirn theils in andere Stimmung zu versetzen strebte, theils die Aeusserungen des Unmuths zurückzuhalten bemüht war. Aber immer gelang

ihr dies nicht. Von Zeit zu Zeit, unter Umständen, die wir nur unvollständig kennen, erlahmte der Widerstand oder, vielleicht richtiger, überschritt er das Maass, es trat dann eine acute Psychose ein. In den letzten 10 Jahren kam es zu solchen Krisen nicht mehr, sondern es blieb nach dem heftigen Anfall, welcher sie in die Anstalt führte, eine chronische Melancholie zurück, bis zuletzt die Urämie wieder acut auftrat und dem Leben ein Ende machte. Die näheren Umstände, welche zu dieser letzten Katastrophe führte, sind unbekannt, wie dies ja überhaupt so vielfach bei dem Ausgang der Nierenschrumpfung der Fall ist. Aber sicherlich war es auch hier nicht ohne Einfluss, dass Patientin dazwischen sehr im Alter vorgerückt war und damit die vicariirende Hautthätigkeit eine Herabminderung erfahren hatte.

Das Ergebniss sämmtlicher in dieser Abhandlung mitgetheilten Fälle kann, wie ich glaube, nicht zweifelhaft sein: Nierenkrankheiten können bald durch acute, bald durch chronische Urämie zu Ursachen von Geisteskrankheiten werden. Ueber den Modus, wie dies geschieht, noch mehr auszusagen, als es in den Epicrisen der Fälle geschehen ist und tiefer in das Wesen dieses ätiologischen Zusammenhanges einzugehen, sowie etwa andererseits daraus Schlüsse für die Pathogenie der Geisteskrankheiten zu ziehen, unterlasse ich, weil dies zu Erörterungen über die Theorie der Psychosen führen würde, zu welchen ich mich für jetzt nicht veranlasst fühle. Vorläufig möge die Feststellung der Thatsachen genügen. Vielleicht hat dieselbe zur Folge, dass, nachdem einmal die Aufmerksamkeit auf den Gegenstand gelenkt ist, noch mehr derartige Fälle bekannt werden. Dann wird das krystallisirte Dogma, wonach die urämischen Hirnsymptome blos Delirien, Coma und Convulsionen wären, sich wieder auflösen und vor neuer Krystallisirung erst noch den Bestandtheil der Psychosen in sich aufnehmen.

Ueber die Richarz'sche Lehre von der Zeugung und Vererbung.

Von

Dr. J. L. A. Koch,

Direktor der Staatsirrenanstalt in Zwiefalten.

Richarz hat schon früher im 30. Bande dieser Zeitschrift (beziehungsweise zugleich auch in den „Verhandlungen der vierten allg. Vers. d. Deutsch. Gesellsch. f. Anthropologie“) seine Gedanken und Erfahrungen „über Vererbung in Geisteskrankheiten auf Grund der Geschlechtsverschiedenheit“ niedergelegt. Er hat dann später, veranlasst dazu durch Einwürfe, welche *Roth* gegen seine Theorie erhoben hat, als Entgegnung auf jene eine kleine Broschüre „Ueber Zeugung und Vererbung“ veröffentlicht. — Die freundliche Zusendung dieser Arbeit hat mir Anlass gegeben, mich mit den Ansichten *Richarz*' eingehender, als es bis dahin geschehen war, zu beschäftigen, und seine Aufstellungen, welche in der Literatur vielfach als eine schätzbare Vertiefung und Weiterführung der betreffenden Frage und Angelegenheit Anklang gefunden hatten, an der Hand genauer eigener Beobachtungen und Untersuchungen zu prüfen. Ueber das Ergebniss dieser meiner Forschungen möchte ich im Nachstehenden Einiges mittheilen, nachdem ich eine kurze Skizzirung der *Richarz*'schen Lehre vorausgeschickt haben werde.

Richarz macht in seiner „Theorie der Ursachen des Geschlechts und der Gesetze der Vererbung“ folgende Aufstellungen: das Geschlecht gehört nicht zu den übertragbaren Eigenschaften der Eltern, sondern wird durch den Stand der

mütterlichen Zeugungskraft bedingt. Ist diese schwach, so entsteht ein Mädchen; ist aber der mütterliche Organismus bezüglich des Zeugungsgeschäfts von grösserer Leistungsfähigkeit, so wird ein Knabe geboren, denn das männliche Geschlecht ist weiter nichts als eine höhere Entwickelungsstufe des Keims. Das Sperma hat dabei „die dem Ei immanente Entwicklungsbewegung anzuregen“ (bezüglich dieses Satzes beruft sich *Richarz* auf *Swammerdam*) und in zweiter Linie „die übertragbaren qualificatorischen Eigenschaften des männlichen Erzeugers zu übermitteln“ (mit Rücksicht auf diese Annahme wird *Th. L. W. Bischoff* citirt). Bezüglich der Vererbung übertragbarer Eigenschaften der Eltern überhaupt, zu welchen also das Geschlecht nicht gehört, nimmt *Richarz* die gekreuzte Vererbung als die physiologische Regel an. Ist die Mutter von höchstgradiger Zeugungskraft, so wird sie nicht nur einen Knaben produciren, sondern sie wird diesem auch die übertragbaren Eigenschaften ihrer Natur mitgeben. Ist die mütterliche Zeugungskraft schwach, so wird ein Mädchen entstehen; dieses Mädchen wird aber dem Vater gleichen, weil bei der Schwäche der mütterlichen Zeugungskraft der männliche Samen ungehindert auf das Ei qualificirend einwirken konnte. Wenn aber in dieser Weise ein Kind die übertragbaren Eigenschaften von demjenigen Parens geerbt hat, dessen Geschlecht dem seinigen entgegengesetzt ist, wenn also eine gekreuzte Vererbung der übertragbaren Eigenschaften stattgefunden hat, so redet *Richarz* von „ennomischer“, von einer der physiologischen Regel entsprechenden Entwicklung. Bei derselben gleicht übrigens das Kind zwar vorwiegend dem Parens vom andern Geschlecht, aber denn doch nicht ausschliesslich; es erhält vielmehr normaliter auch vom Parens des gleichen Geschlechts einen grösseren oder kleineren Theil seiner mittheilbaren Qualitäten, so dass hinreichender Spielraum bleibt für das nothwendige Maass der Variabilität. Dieser der Norm entsprechenden gekreuzten steht gegenüber die ungekreuzte Vererbung. Sie „steht schon ausserhalb der streng physiologischen Linie und begünstigt die Vererbung wie das Entstehen von Krankheiten“; bei ihr handelt es sich um die „schon leicht degenerative paranomische Entwicklung“.

„Entschieden degenerativ aber ist die völlige Unähnlichkeit der Abkömmlinge mit dem somatischen Typus der Erzeuger (die autonomische Entwicklung), psychopathisch die allerbedeutsamste Degenerationserscheinung und als solche schon dem *Aristoteles* bekannt.“

In dieser Fassung ist die *Richarz*'sche Lehre klar und in sich einheitlich. Nun hat man aber in dem bisher Mitgetheilten noch nicht die ganze Meinung *Richarz*'. Er hat demselben vielmehr noch Etwas beigefügt, was eine grosse Einschränkung eines der oben wiedergegebenen Hauptsätze, ja eigentlich eine Umänderung desselben, enthält, und die Einheitlichkeit und durchsichtige Abrundung, wenn nicht der ganzen Theorie, so doch eines Theils derselben zu schädigen geeignet ist und schon deshalb ein grosses Bedenken wachruft.

Richarz stellt nämlich neben den Satz, dass der Stand der mütterlichen Zeugungskraft für die Entwickelung des Geschlechts maassgebend sei, den andern, dass auf das Geschlecht „allerdings auch das Sperma Einwirkung habe“ (S. 5 der zuletzt genannten Schrift). Er fügt demselben am eben angeführten Orte zwar die Worte bei: „aber keinen directen und positiven“; allein er sagt später (S. 34) auf's allerbestimmteste: „Ich habe niemals die Ansicht gehabt und ausgesprochen, dass das Sperma ohne allen Einfluss auf das Geschlecht des Kindes sei, wie es nach *Roth*'s Darstellung scheinen muss, sondern nur gesagt, dass jedes Ovulum zwar vermöge seiner originären Organisation eine gewisse, in die Befruchtung eingebrachte Disposition zu dem einen oder anderen Geschlecht besitze, dass es bei deren höherer Dignität eine facultative Anwartschaft auf das männliche Geschlecht besitze, bei niedrigerer auf das weibliche — dass die Entscheidung aber, und zwar an erster Stelle, davon abhange, von welcher Höhe der Organisationsstufe das Sperma sei, welches seinerseits gleichfalls nicht bei demselben Manne zu verschiedenen Zeiten von der gleichen Constitution zu sein und zu demselben Geschlecht zu tendiren braucht. Nimmt das Sperma einen höheren Rang ein, als das Ovulum, so giebts — abgesehen von anderen mitbestimmenden Einflüssen, die aber alle von ge-

ringerer Wirkung sind — ein Mädchen, im umgekehrten Falle einen Knaben. Der männliche Zeugungsstoff entscheidet demnach ganz ebenso, wie der weibliche, bei höherer Qualität seinerseits über das Geschlecht des Kindes, und der weibliche muss nicht minder, als er, bei tieferer Qualität sich der Bestimmung des anderen fügen; nur dass der Sieg — zwar nicht beständig und unbedingt, aber öfter — dem weiblichen zufällt und dieser Sieg bei beiden ein dem Geschlecht seiner Bezugsquelle entgegengesetztes herbeiführt. Wer, wie ich, in dieser Weise den Bestimmungsgrund für die Erzeugung eines Mädchens in ein Unterliegen der mütterlichen Influenz setzt, der statuirt doch wahrlich nicht die Alleinherrschaft des Weibes in der Geschlechts-Differenzirung."

Nimmt man hiezu die weiteren neueren Ausführungen *Richarz*', so hat er auch Folgendes als seine Meinung ausgesprochen. Jede Frau deponirt in ihren Ovarien Keime entweder von gleicher oder von verschiedener „Organisationshöhe". Ist ein Keim von höchster nicht übertreffbarer Organisationshöhe und bleibt die Frau in ihrem Generationsgeschäft fernerhin wenigstens eine genügende Zeit lang entsprechend leistungsfähig, so giebt es einen Knaben; bei jedem andern Ovulum aber kommt es darauf an, welche Höhe der Organisationsstufe das Sperma besitzt im Verhältniss zu ihm. Nimmt das Sperma in diesem Stück einen höhern Rang ein, so giebts ein Mädchen, im andern Fall einen Knaben. Damit wird nun dem männlichen Zeugungsstoff eine ganz eigenthümliche Rolle zugeschrieben und das in erster Linie aufgestellte Princip durchlöchert, beziehungsweise umgestossen. Man mache sich die Sache klar. Z. B. ein Ovulum von einer bestimmten, nicht allzu bedeutenden Höhe der Organisation wird, wenn es die Entwicklung durchmacht und vollendet, auf welche es von Haus aus Anwartschaft hat, nach dem einen Satze *Richarz*' zum Mädchen; es wäre denn, dass das Sperma verhältnissmässig von noch geringerer Organisationshöhe ist als das Ovulum, denn dann entsteht trotz der ursprünglichen niederen Anlage des Eis nach dem andern Satze *Richarz*' ein Knabe. („Nimmt das Sperma einen höheren Rang ein als das Ovulum, so gibts ein Mädchen, im umgekehrten Falle einen Knaben.")

Nun begreift man aber schwer, wie ein Geringes dadurch besser werden soll, dass etwas noch Geringeres dazu kommt. Ferner: auch ein ziemlich hoch organisirtes Ovulum giebt den Knaben, auf den es angelegt ist und zu dem es überhaupt nach dem Stand der mütterlichen Zeugungskraft werden sollte, nicht, wenn das Sperma noch höher organisirt ist, sondern giebt dann ein Mädchen. („Der männliche Zeugungsstoff entscheidet ganz ebenso, wie der weibliche, bei höherer Qualität seinerseits über das Geschlecht des Kindes.“ Ganz ebenso!) Das Weib producirt in einem solchen Fall bei seiner tüchtigen Leistungskraft einen höher organisirten Keim und würde an sich die Entwicklung desselben zum Knaben bedingen; der Mann aber, weil sich sein Sperma zufolge seiner noch höheren Organisation geltend machen kann, bestimmt, dass jener Keim sich zum Mädchen entwickelt. Hier verursacht also der zum vorhandenen Guten hinzutretende Einfluss des relativ Besseren die Production des absolut Geringeren. Je mehr der Mann mit seinem Einfluss durchdringt, je vollständiger er den weiblichen Einfluss besiegt, desto gewisser veranlasst er ein Herabsteigen des Keims auf eine niederere Entwicklungsstufe, nämlich auf die weibliche. Nun sollte man aber doch meinen, dass der Einfluss, welchen der Mann auf die Entwicklung des Keims hat, wenn er in dem betreffenden Stück einen hat, gleichsam auch ein guter sein, den Keim auch zu einer höheren Entfaltung bringen sollte, dass nicht die höhere Kraftleistung des Mannes die wäre und je höher sie wäre, desto sicherer und gewisser die wäre, die Production von etwas bezüglich seiner Entwicklungsstufe Geringerem zu veranlassen, als sonst vielleicht producirt würde, also sogar den besseren Einfluss des Weibes eventuell noch lahm zu legen.

Wegen der Ungeheuerlichkeit der Schlussfolgerungen nun, zu welchen der betreffende Theil der *Richarz*'schen Annahme in mannigfacher Richtung führt, möchte ich der, wie ich gleich sagen will, der Hauptsache nach gewiss vortrefflichen und sehr förderlichen Hypothese *Richarz*' eine gewisse Purificirung angedeihen lassen. (Und nur um Hypothesen, wenn auch um zum Theil gut gestützte Hypothesen, handelt es sich ja bei unserer Angelegenheit vorerst noch und auf so lange bis, wenn

nicht eine anatomisch-physiologische Grundlage, so doch noch weitere Beweismittel als die bis jetzt vorhandenen für die Richtigkeit der betreffenden Annahmen gefunden worden sind.)

Man kann der verbreiteten Ansicht, dass das männliche Geschlecht gegenüber vom weiblichen eine höhere Organisationsstufe darstelle, wohl zustimmen, man kann auch *Richarz*, wenn man seine Ausführungen gelesen hat, wohl Recht geben, wenn er sagt, dass das Geschlecht zu den bei der Zeugung übertragbaren Eigenschaften der Eltern nicht gehöre und dass es von der generativen Leistungsfähigkeit des Weibes abhänge, wie hoch organisirte Keime sie producire und wie hoch sie deren Entwicklung treibe. Ist diese Leistungsfähigkeit eine entsprechend grosse, so kommt es zur Production von Knaben, bleibt sie aber unterhalb eines gewissen Masses, so giebt es Mädchen. Dabei muss man dann aber meines Erachtens stehen bleiben. Und bleibt man dabei stehen, so kann man sich ja bezüglich der Vererbung übertragbarer Eigenschaften wohl denken und vorstellen, dass das Weib, wenn es die Anlage und Entwicklung des Keimes hoch treibt, also einen Knaben producirt, demselben auch ein gut, ja ein überwiegend Theil seiner übertragbaren Eigenschaften mitgeben wird, und dass, wenn das Weib dies nicht thut, wenn es also zwar das höhere Geschlecht zu leisten, bezüglich der übertragbaren Eigenschaften aber gegen den Samen nicht aufzukommen vermochte, wenn somit der Knabe dem Vater gleicht, dass dann irgend Etwas nicht recht in Ordnung und irgend etwas desto weniger in Ordnung ist, je mehr der Knabe dem Vater gleicht. Ferner kann man es leicht begreifen, dass, wenn das Weib keinen Knaben, sondern nur ein Mädchen zu produciren vermag, wenn es also keine grosse, nachhaltige Kraft besserer Einwirkung auf den Keim besitzt, dass dann der männliche Samen leichter wird aufkommen, dem Mädchen leichter die übertragbaren Eigenschaften des Vaters wird einpflanzen können, und dass wiederum etwas faul ist, wenn er dies unter solchen Umständen nicht zu thun vermag, wenn also das Mädchen entschieden der Mutter gleicht. Diese letztere Eventualität wird dann auch von den eben angeführten Möglichkeiten die für den Keim ungünstigere sein, weil bei ihr nicht nur die Kraft der Mutter

nicht zureicht, einen Knaben zu produziren, sondern auch noch die Kraft des Mannes nicht genügt, der schwächeren Entwicklungsstufe den Charakter des letzteren aufzudrücken. Endlich ist von vornherein zu vermuthen, dass ein gänzliches Ausderartschlagen des Keims die grössten Gefahren, beziehungsweise *Defecte* einschliessen wird.

In und mit den eben ausgesprochenen Sätzen habe ich zugleich die Annahme *Richarz*', dass eine vorwiegend gekreuzte Vererbung der übertragbaren Eigenschaften der Eltern normal, eine andere Vererbungsart aber vom Richtigen abweichend, suspect, gefährlich oder gar schon ein Zeichen ausgeprägter Degeneration sei, als richtig anerkannt. Und solcher Auffassung stimme ich auch in der That auf Grund von Beobachtungen und Untersuchungen, die ich längere Zeit hindurch fortgesetzt habe, im wesentlichen vollkommen bei. Ich halte diese Lehre für durchaus gut fundamentirt, wenn auch die practische Prüfung derselben in manchen Stücken schwer ist, schwerer als sich mancher vielleicht vorstellen möchte. Ich habe versucht, der Sache auf statistischem Wege näher zu kommen (wobei möglichst nur solche Familien in Betracht gezogen wurden, in denen die Kinder alle genügend lange am Leben geblieben sind); ich habe auch eine mir verwandte sehr intelligente Familie gebeten, unter ihrer ausgedehnten Bekanntschaft Umschau zu halten und mir dann entsprechende Daten zu liefern; wir haben aber alle die Aufgabe nicht leicht gefunden. Die gedachte Familie fand sie sogar so wenig leicht, dass sie derselben erlegen ist und erklärt hat, sie sehe sich trotz des besten Willens ausser Stande, in den einzelnen Fällen mit Sicherheit zu entscheiden, wem ein Kind gleiche. Diese Erklärung spricht für eine Annahme, deren Richtigkeit auch *Richarz* keineswegs entgangen ist, für die Annahme nämlich, dass sehr häufig die übertragbaren Eigenschaften der Eltern in einer solchen Mischung auf das Kind übergehen, dass es dem einen derselben gerade so viel gleicht wie dem andern. Man findet zwar nicht selten, dass jemand, der ein solches Kind in der betreffenden Richtung beurtheilen soll, sich ohne Zaudern für die Annahme entscheidet, dass es einem der Erzeuger ganz vorwiegend, dem andern wenig oder gar

nicht gleiche. Aber eine solche Annahme wird denn doch wohl nur deshalb gemacht, weil dem Betreffenden aus subjectiven Gründen ein Theil der Gesichtszüge des Kindes, beziehungsweise schon der Eltern, mit stärkerer Betonung zum Bewusstsein kommt als ein anderer, weil derselbe manche Merkmale leichter aufzufassen vermag als andere u. dgl. Dass dem so ist, das wurde mir oft schon sehr deutlich, wenn ich gesehen habe, wie von zwei Personen, die beide gleich urtheilsfähig zu sein schienen, die eine behauptet hat, dieses oder jenes Kind gleiche durchaus seinem Vater und die andere mit gleicher Bestimmtheit die Behauptung verfocht, es gleiche nur seiner Mutter.

Bei meinen eigenen (in Gemeinschaft mit meiner Frau angestellten) Erhebungen habe ich, soweit sich dieselben auf geistig und leiblich gesunde Familien erstreckten, zwar auch in einer ansehnlichen Zahl der Fälle[1]) die übertragbaren Eigenschaften der Eltern bei den Nachkommen in einer solchen Mischung wiederkehren sehen, dass niemand ohne Willkührlichkeiten zu bestimmen vermocht hätte, ob das einzelne Kind jeweils einem seiner Erzeuger mehr als dem andern gleiche; doch habe ich noch viel öfter (ungefähr noch einmal so oft) eine gekreuzte Vererbung der elterlichen Eigenschaften gefunden (und die ungekreuzte Vererbung trat ungefähr so häufig auf wie die gleichmässig gemischte). Dabei däuchte es mir, als ob nicht so häufig und regelmässig, wie *Richarz* zu glauben scheint, mit den übertragbaren leiblichen Eigenschaften eines Ascendenten — als da sind Farbe etc. von Haut, Haaren und Iris; Gesichtszüge und Körpergestalt; sodann, und nicht zuletzt, die aus allerlei Vorkommnissen zu erschliessende Besonderheit der Constitution innerer Organe — zugleich auch der geistige Habitus desselben Ascendenten auf den Descendenten übergehe. — Ich habe nun nicht bemerkt, dass die Kinder, welche beiden Eltern im selben Masse gleichen, an sich schlecht daran oder irgendwie gefährdet wären. Dagegen möchte ich der Annahme, welche vielfach verbreitet ist und

[1]) Ich halte es aus verschiedenen Gründen für besser, die genauen Procentzahlen, die ich ausgerechnet habe, vorerst nicht zu geben.

welche auch *Richarz* zu theilen scheint, vorerst wohl zustimmen, dass beim Vorhandensein einer gekreuzten Vererbung die Kinder doch wohl noch besser daran sind, dass, wo sie zutrifft (ich sage noch nicht durch sie), eher etwas Rechtes und Aussergewöhnliches herauskommt, dass bei der gleichmässig gemischten Vererbung eher Mittelmässigkeiten, wenn auch gesunde Mittelmässigkeiten, bei der gekreuzten aber leichter als bei jener Naturen unter den Kindern gefunden werden, welche den Durchschnitt der Menschen bezüglich guter Eigenschaften des Körpers und des Geistes überragen. Wenn ich mich nicht getäuscht habe, so kommt auch eine gekreuzte Vererbung in Familien mit hervorragenderen, begabteren Erzeugern häufiger vor als in andern. (Es wäre dies auch mit Rücksicht auf eine gleich zu erwähnende Thatsache aus pathologisch belasteten Familien eine sehr bemerkenswerthe Erscheinung.)

In überhaupt bezüglich des Nervensystems krankhaft angehauchten Familien, beziehungsweise in Familien, wo eines der Eltern oder beide (oder deren Vorfahren) an entsprechenden Hirn- und Nervenkrankheiten leiden oder gelitten haben, in solchen Familien fand ich viel seltener als in gesunden Familien eine gemischte Vererbung, also viel öfter eine schärfer markirte einseitige Vererbung, und sodann unter den Fällen dieser gesonderten, einseitigen Vererbung die ungekreuzte ungefähr ebenso häufig als die gekreuzte, die (einseitig) ungekreuzte also im ganzen viel häufiger als in gesunden Familien. Hier — in den kurz gesagt kranken Familien — habe ich auch (ungefähr bei einem Zwanzigstel der Fälle) ganz ausgeprägte „autonomische Entwicklung" gesehen. Dann aber habe ich in solchen Familien und zwar unter deren Töchtern häufiger als unter den Söhnen, gar nicht so selten auch noch solche Kinder beobachtet, welche ganz aus der Art zu schlagen schienen, daneben aber bei näherem Zusehen doch eine bemerkenswerthe Mitgabe elterlicher Eigenschaften (und zwar wohl häufiger in ungekreuzter Weise) aufwiesen. Es war mir dies nicht uninteressant.

Im übrigen beabsichtige ich nicht, die verschiedenen Aufzeichnungen, welche ich mit Rücksicht auf die pathologische

Seite unserer Frage gemacht habe, in extenso mitzutheilen; ich will vielmehr nur im allgemeinen noch sagen, dass ich nach denselben den Theil der *Richarz*'schen Theorie, welcher sich auf die Vererbung im Gebiet der Geistes- und Nervenkrankheiten bezieht, im wesentlichen für richtig und glücklich entwickelt halte. Ich war oft wirklich frappirt, wenn ich sah, bis in welches Detail hinein sich die von *Richarz* aufgestellte „Wahrscheinlichkeits-Skala für die Vererbung in Nervenkrankheiten" — namentlich auch bei entsprechender Beiziehung des Atavismus — zu bewähren scheint, und wie die subtilsten Dinge in dieser Angelegenheit, nicht ohne dass man dabei ein Gefühl lebhafter Befriedigung empfände, unter Gesichtspunkten aufgefasst und erklärt werden können, die man genau auf die *Richarz*'schen Grundsätze zurückzuführen vermag.

Ich werde nicht unterlassen, die einschlägigen Verhältnisse, wo sich mir Zeit und Gelegenheit dazu darbietet, weiter zu verfolgen; ich möchte aber auch mit diesen Zeilen den Anstoss dazu geben, dass sich der eine oder der andere namentlich der jüngeren Kollegen ebenfalls in einen so dankbaren Gegenstand weiter vertiefe, und zur ferneren Entwicklung und Abrundung einer Lehre beitrage, welche gefunden und in ihren wesentlichen Theilen gewiss richtig ausgebaut zu haben, kein kleines Verdienst *Richarz* ist.

Die krankhaften Bewusstseinszustände.

Von

Dr. J. Weiss,
Docenten für Psychiatrie in Wien.

1.

Das Studium pathologischer Vorgänge wurzelt in der Kenntniss der entsprechenden physiologischen Corrollarien. Der Fortschritt jenes Studiums wird von der Breite und Sicherheit dieser Kenntniss in directer Weise abhängen. Das Studium der krankhaften Bewusstseinszustände muss ebenso naturgemäss von der Erkenntniss der physiologischen Vorgänge des Bewusstseins ausgehen; denn dieses Studium bildet ja nur einen, und zwar den abschliessenden Theil der ganzen Lehre vom Bewusstsein.

Wenn wir daher mit Aussicht auf Erfolg die Störungen des Bewusstseins im Verlauf cerebraler Erkrankungen studiren wollen, dann wird vor Allem festgestellt werden müssen, was man mit dem Namen „Bewusstsein" bezeichnet. Wir werden zu untersuchen haben, ob und in wie weit mit dieser Bezeichnung eine Erfahrungsthatsache zum Ausdrucke kommt, oder ob man es in derselben nur mit einer verbalen Supposition für eine jener Abstractionen zu thun hat, von denen *Berkeley* [1]) sagt, dass wir selbst mit ihnen Staubwolken erregen und nachträglich klagen, dass wir nicht sehen könnten. Gerade mit Rücksicht auf diese letzterwähnte Möglichkeit wird eine exacte und eingehende Prüfung des Terminus „Bewusst-

---

[1]) „Ueber die Principien d. menschl. Erkennt.", übers. von *Ueberweg*.

sein“ und des damit verknüpften Sinnes dringend geboten sein. Denn es kann kaum zweifelhaft sein, dass kein anderes Untersuchungsgebiet des menschlichen Geistes so sehr unter dem Drucke und dem verwirrenden Einflusse von sprachlichen Abstractionen steht und von diesen so sehr in seiner Entwicklung gehemmt ist, als das Gebiet der psychischen Erscheinungen, in welchem hinter jedem Worte mit räthselhafter Selbstverständlichkeit sofort auch ein Thatsächliches und Reales angenommen wird.

Vor Allem also wird es interessiren zu erfahren, was die Autoren mit „Bewusstsein“ bezeichneten, als was sie es erfasst wissen wollten. Hiebei schon ergiebt sich die für alle Wissenszweige gleich wichtige und sichere Erfahrung: dass das Maass der wirklichen Erkenntniss eines Gegenstandes in allen Fällen in umgekehrtem Verhältnisse steht zu der Zahl der behaupteten Anschauungen über diesen Gegenstand. Je vielfältiger und mannigfaltiger die verkündeten Lösungen eines einzigen Problems sind, um so geringer ist die thatsächliche Erkenntniss desselben.

Die Definitionen nun, die das Wesen des Bewusstseins erschöpfen sollten, tragen keineswegs zum Verständnisse dieses als die schwierigste Erscheinung des psychischen Lebens hingestellten, cerebralen Vorgangs bei. Für einen Theil der Autoren ist das Bewusstsein eine jener fundamentalen Thatsachen des Geisteslebens, die mit zwingender und unzweifelhafter Evidenz unmittelbar gegeben und keiner weiteren Erklärung fähig, noch auch bedürftig sind. So sagt *Wundt*[1]): „. . . . Es ergeht uns also hier (bei dem Bewusstsein) gerade so wie bei der Empfindung, bei der auch keine weitere Definition möglich ist, als die, dass sie das Einfachste sei, was wir in uns finden.“ Ebenso geht *Stricker*[2]) jeder Begriffsbestimmung aus dem Wege und meint nur, dass das Bewusstsein nicht nur auf das lebendige Wissen anzuwenden sei und dass es „nach den Grenzen mit dem Selbstbewusstsein zusammenfalle.“ Dass damit weder das Wesen noch der Umfang des Bewusstseins dem Verständnisse näher gebracht ist, liegt

---

[1]) „Phys. Psychol.“ S. 707.

[2]) „Studien über d. Bew.“

auf der Hand. Doch bleibt der hohe Werth des Hinweises auf die Congruenz des Bewusstseins und Selbstbewusstseins seinem ganzen Umfange nach ungeschmälert.

Anderen Autoren bedeutet das Bewusstsein eine höhere oder letzte Instanz der cerebro-psychischen Vorgänge; eine Entwicklungsstufe der Processe der Sinneswahrnehmungen, auf welcher das Gebiet physiologischer Geschehnisse überschritten ist. Sie erkennen in dem Bewusstsein eine Function höherer Ordnung, durch welche die cerebralen Functionen niederer Ordnung, die Sinnesempfindungen und Bewegungsintentionen, erst wirklich in die Sphäre intellectueller Vorgänge gehoben werden. Es ist dies die ausgesprochenste metaphysische Anschauung, die durch die Fortschritte der Physiologie der Sinne und des Gehirns bedrängt, eine letzte Stätte der reinen psychischen Vorgänge zu retten bemüht ist.

Doch unterscheiden sich von diesen consequenten Spiritualisten jene neueren, von den Naturwissenschaften nur angekränkelten Psychologen nur wenig, die das Bewusstsein als jedem psychischen Act als solchem immanent erklären[1]). Die Verschiedenheit zwischen dieser und der vorherigen Anschauung ist nur eine scheinbare und besteht darin, dass in ersterer das Bewusstsein auf eine höhere Stufe psychischer Vorgänge gehoben erscheint, während in der letzteren Auffassung durchgehends zwischen Sinneswahrnehmung und Vorstellung scharf unterschieden und der Vorstellung, als einem höheren psychischen Gebilde, Bewusstsein per se zugeschrieben wird.

Bei einer solchen Divergenz und durchgängigen Unklarheit der Anschauungen über das Bewusstsein fragt es sich nunmehr: auf welchem Wege gelangte man zu der Vorstellung oder zum Begriffe eines Bewusstseins? Welches waren die äusseren oder inneren Wahrnehmungen, die zu dieser Abstraction führten? Und entspricht endlich irgend ein beobachteter und wirklich erkannter Vorgang im Gehirnmechanismus

---

[1]) *Locke:* „Having ideas and perception is the same thing." *Condillac* (Traité des sens. p. 219): „Appercevoir ou sentir c'est la même chose". *James Mill* (Anal. I.): „Eine Empfindung haben, heisst sich bewusst sein und umgekehrt." Ebenso: *Volkmann*, Psychologie. II. A.; *Brentano*, Psychologie. I. Bd. etc.

dem, was man mit „Bewusstsein" bezeichnet, d. h. mit andern Worten: kann das Bewusstsein als eine cerebro-psychische Function von besonderer Bedeutung Gegenstand der wissenschaftlichen Untersuchung sein? Denn nur, wenn sich ergiebt, dass das Bewusstsein ein thatsächliches Element der Gehirnthätigkeit sei, das allein und für sich einer Untersuchung zugänglich ist, dann erst könnten die Eigenschaften desselben erwogen und geprüft werden. „Es kommt nur darauf an, sagt *A. Lange*[1]), mit Sicherheit zu erfassen, was das Elementare ist, und da ist es denn für die Forschungen über das Gehirn und die psychischen Functionen ein ungeheurer Fortschritt, wenn es endlich zur allgemeinen Anerkennung gelangt, dass das Elementare in den psychischen Functionen nichts Anderes sein kann, als das physiologisch Elementare." Dass aber die physiologischen Elementarvorgänge von den complicirten Gebilden unserer Abstractionen nichts wissen können, dass in diesen Elementarvorgängen nichts liegen kann, was allen unseren sprachlichen Erfindungen entspricht, liegt auf der Hand und wird von der nachgewiesenen Einfachheit und Gleichförmigkeit der letzten Bewegungsvorgänge, wie sie die unendlichen Reihen verschiedener Erscheinungen bedingen, in zwingender Weise nahegelegt.

Vorläufig steht fest, dass in der anatomischen und histologischen Organisation des Gehirns ebensowenig, wie in den unserer Erkenntniss erschlossenen und unserer Untersuchung zugänglichen physiologischen Processen des Gehirns Substrate gegeben sind, die den im sprachlichen Ausdruck unterschiedenen psychischen Functionen irgendwie entsprechen würden. Es ist ganz gleichgültig, ob solche Functionen von einer phrenologischen oder einer vernünftigeren psychologischen Anschauung supponirt werden; ob diese Supposition Vaterlandsliebe, Kindesliebe, Idealismus u. s. w. als getrennte Elemente des psychischen Lebens construirt und nach deren Sitz im Gehirne sucht, oder ob sie Gefühl, Vorstellung, Wille, Bewusstsein und Selbstbewusstsein als solche bezeichnet und untersucht. Die Einen sind so wenig erwiesen als die andern und sind weit

[1]) „Gesch. d. Materialismus." II. A. S. 369.

entfernt davon die Entwicklung des Studiums der Gehirnfunctionen zu fördern. Alle diese abstracten Unterscheidungen entsprechen mehr minder verbreiteten subjectiven Annahmen und stehen, trotz ihrer wissenschaftlichen Einkleidung auf dem Niveau aller anderen conventionellen Abstractionen. Sie sind kaum etwas Anderes, als der Ausdruck eines Reichthums an Worten, hinter welchem die Mannigfaltigkeit der Thatsachen weit zurücksteht.

Forscht man nun nach dem Wege und nach den äusseren Ursachen, auf welchem und durch welche es zu dem scharf prononcirten Ausdruck „Bewusstsein“ und zu der vielfachen und verschiedenen Behandlung des Begriffes kam, so liegt auf der Hand, dass der Zustand, den man allgemein als „Bewusstlosigkeit“ bezeichnet: das Aufhören jeder Sinnesthätigkeit und jeder Bewegung, keine Veranlassung zu divergirenden Auffassungen über das Bewusstsein gegeben haben kann. Denn wenn auf der einen Seite das volle Leben der Sinne mit allen freien Bewegungsreactionen einem vollständigen Wegfall derselben auf der anderen Seite gegenübersteht, und in dem einen Zustand das Wesen des Bewusstseins, im andern das der Bewusstlosigkeit erschöpft ist, — dann ist eine Auffassungsverschiedenheit weder bezüglich des einen, noch des andern Zustandes denkbar. Beide sind durch eine solche Summe von unzweideutigen Erscheinungen, die einander so unähnlich und diametral entgegengesetzt sind, so klar und deutlich charakterisirt und gegen einander abgegrenzt, dass eine Verwechselung der beiden Zustände oder auch nur ein Schwanken bezüglich der Grenzbestimmungen kaum denkbar wäre. Vielmehr sind es unzweifelhaft Erscheinungen eines scheinbar bewussten psychischen Lebens, vielleicht ausschliesslich nur Bewegungsvorgänge, deren combinirter Charakter und auf einen bestimmten Zweck gerichteter Effect einer bewussten Intention zu entspringen scheinen, ohne dass doch eine vorausgegangene psychische Action constatirt werden könnte. Sache der weiteren Ausführung wird es sein, diese Vorkommnisse näher zu bezeichnen und eingehend zu erörtern. Hier sei nur erwähnt, dass die Vermuthung ausserordentlich viel Wahrscheinlichkeit für sich hat, dass aus der Beobachtung solcher sichtlich zweckdienlicher und oft sehr complicirter Be-

wegungsacte, hinter welchen keine psychische Intention nachzuweisen ist, die Frage nach dem Wesen des Bewusstseins entsprungen sei. Denn nach der Erfahrung, dass in Zuständen der Bewusstlosigkeit Erscheinungen des cerebralen Lebens vorkommen, Bewegungen und Bewegungsgruppen ablaufen können, die wir mit keinem psychischen Acte verbunden wissen und die wir doch gewöhnlich mit solchen einhergehen sehen, — muss man sich nothwendiger Weise fragen: wenn Leistungen des Gehirnmechanismus einmal aus uns bekannten psychischen Motiven hervorgehen, ein anderes Mal dieselben, oder doch diesen vollkommen analoge ohne solche ablaufen, wie lassen sie sich von einander unterscheiden, wie lassen sich die letzteren erklären? In der gang und gäben Ausdrucksweise lautet die Frage: wodurch unterscheiden sich „bewusste“ von „unbewussten“ cerebralen Vorgängen und wie sind „unbewusste“ psychische Erscheinungen zu erkennen und zu verstehen?

Vorstehende Fragen und der Versuch dieselben zu beantworten zum Zwecke einer genaueren Erkenntniss der pathologischen Zustände dessen, was man Bewusstsein nennt, machen es unerlässlich, die wirklichen Elemente des cerebralen Lebens zu suchen. Die ganze Summe dessen, was anatomische und physiologische Forschungen über das Gehirn und dessen Thätigkeit als unumstösslich feststehendes Resultat ergeben haben, ist die Trennung zweier Functionsgebiete: der Empfindung und Bewegung. Die Substrate derselben sind in dem distincten Verlaufe der sensiblen und motorischen Fasern von der Anatomie, und in der centripetalen Leitung der einen und der centrifugalen Leitung der andern durch die Physiologie in evidenter Weise nachgewiesen. Mehr und andere Elemente des Gehirnapparates und seiner Functionen lassen sich wohl behaupten, aber durch keine exacte Untersuchungsmethode demonstriren oder auch nur wahrscheinlich machen.

Zu diesen zwei Grundelementen der Functionen des nervösen Centralapparates treten zwei Fundamentaleigenschaften hinzu, deren eine ein physikalisches Postulat aller Bewegungserscheinungen ist und für dieselben ausnahmslos gilt, deren andere durch alle Erscheinungen organischer Vorgänge auch für dieses Gebiet gefordert er-

scheint. Es sind dies: die Ausbreitung einer Bewegung von der Quelle derselben je nach Maassgabe ihrer Intensität und die Nachhaltigkeit einer einmal abgelaufenen Bewegung, resp. deren unvergänglicher Rest als ständige Disposition zur Wiederholung der einmal abgelaufenen Bewegung.

Sowie die ersterwähnte Eigenschaft jeder Bewegungsform mit ausnahmsloser Giltigkeit zukommt und für die Bewegungsvorgänge des Centralnervensystems bedeutet: dass eine irgendwo innerhalb desselben entstandene Bewegung, entsprechend der Intensität der Bewegung, auf verschieden weite Gebiete des Systems sich erstrecken, d. h. verschieden grosse Nachbargebiete in den Kreis der ablaufenden Bewegung hineinziehen wird; — ebenso zwingen alle Erfahrungen, die uns über das thierische Leben zu Gebote stehen, zu der Annahme, dass eine einmal stattgehabte Bewegung nach vollständigem Ablaufe niemals wieder gänzlich schwindet, sondern ihre unverkennbare Spur in der Neigung zur Wiederholung der gleichen Bewegungsform im selben Ausbreitungsgebiete zurücklässt[1]).

Die erste dieser Eigenschaften findet ihren anatomisch prägnanten Ausdruck in der Auflösung der getrennt verlaufenden Faserbündel und Fasern in einem Gebiete gleichförmiger Grundsubstanz mit eingestreuten zelligen Elementen, der grauen Gehirnsubstanz, insbesondere der Hirnrinde; einem anatomischen Gebiete, in welchem an eine getrennte und isolirte Leitung und Fortpflanzung einer Bewegung nicht mehr gedacht werden kann. Andererseits zeigen die nach Ausbreitung und Form verschiedenen Reactionsweisen des Gehirns die physiologische Bedeutung dieser Irradiation des eingeleiteten cerebralen Bewegungsvorganges.

Die zweite Grundeigenschaft cerebraler Leistungen: die restirende Disposition zur Wiederholung einmal schon abgelaufener cerebraler Processe ist für das gesammte Gehirnleben von grösster und einschneidendster Bedeutung. Denn es ist klar, dass diese Disposition in dem Maasse als sie durch Wiederholung erhöht wird, auch die grössere Sicherheit und

[1]) „Die cerebralen Grundzustände d. Psychosen". *Enke*, Stuttgart 1877.

Prägnanz in dem Ablaufe eines Bewegungsvorganges bedeutet, — eine Sicherheit und Prägnanz, die sich ebenso sehr in der Reception der von aussen kommenden Erregung, als auch in der entsprechenden Uebertragung derselben von centripetalen auf centrifugale Bahnen und in der Ausführung der Reactionsbewegungen äussern wird. Und so wie wir diese Sicherheit im Ausmaass der Intensität einer Bewegung und in der Bestimmung ihres, dem intracerebralen Impuls entsprechenden Charakters auf rein motorischem Gebiete als Geschicklichkeit bezeichnen, die innerhalb der Grenzen motorischer Unbeholfenheit bis zur vollendetsten Virtuosität schwankt; — ebenso werden wir diese Sicherheit im cerebro-psychischen Gebiete als das erkennen, was man in der Psychologie als besondere Geistesfunction mit dem Namen „Verstand" oder „Intelligenz" bezeichnet.

Diese Abweichungen auf Gebiete des Gehirnlebens, die anscheinend in keinem Zusammenhange mit dem eigentlichen Gegenstande unserer Untersuchung stehen, dünkten uns deshalb nothwendig, weil in der angestrebten Vereinfachung der zu untersuchenden Elemente zugleich auch eine Vereinfachung des Terrains der pathologischen Processe gegeben wird. Denn die Reduction der mit so grosser Munificenz angehäuften, sogenannten Elemente des geistigen Lebens auf eine geringe und naturgemässe Anzahl, muss nothwendiger Weise auch im vereinfachten Studium der Störungen des geistigen Lebens sich bemerkbar machen. Und wenn es uns gelänge, auf der Grundlage der angeführten vier Fundamentalthatsachen des Gehirnmechanismus, und ohne Zuhilfenahme weiterer hypothetischer Momente dem Verständnisse der cerebralen Leistungen näher zu kommen, dann ist auch eine exactere Auffassung der psychischen Krankheiten im Ganzen und speciell der uns hier beschäftigenden krankhaften Bewusstseinszustände sicher möglich.

2.

Ueber das Wesen der physiologischen Vorgänge des Gehirns können wir heute nur Vermuthungen haben. Diejenige dieser Vermuthungen, welche am ungezwungensten die psy-

chischen Erscheinungen in plausibler Weise erklärt, wird daher auch unser Interesse am meisten ansprechen. Die allgemeinste und am wenigsten präjudicirende Annahme ist sicher diejenige, dass den cerebralen Processen insgesammt, seien diese nun psychische oder motorische, Bewegungen der kleinsten Theile zu Grunde liegen. Gegen eine so allgemeine Fassung der Gehirnvorgänge dürften sich kaum Einwände erheben lassen.

Wenn wir nun von diesem Ausgangspunkte weiter vordringen, und in den von der Peripherie nach dem Centrum geleiteten Bewegungen die Empfindungen und in den vom Centrum nach der Peripherie, den Muskeln, ablaufenden Bewegungen die motorischen Actionen erblicken, so haben wir damit die Grenzen dessen, was wir in exacter Weise über das Centralnervensystem aussagen können, noch nicht überschritten. Dass wir damit einer Erklärung und einem Verständnisse des Ueberganges von einer rein physikalischen Bewegung zu dem, was wir als „Empfindung" zu den psychischen Geschehnissen zählen, nicht näher gekommen sind, wird uns wenig beirren. Wir werden nicht anstehen zu bekennen, dass diese Umsetzung eines Bewegungsvorganges der kleinsten nervösen Elemente, im allgemeinsten Sinne, in das concrete psychologische Factum einer Empfindung ein völlig ungelöstes Räthsel bleibt. Wir werden uns dabei bescheiden müssen, diese cerebrale Function als eine, die vorläufigen Grenzen des menschlichen Erkennens überschreitende anzuerkennen. Wir können dieses Zugeständniss um so leichter machen, als es den weiteren Gang unserer Nachforschungen gar nicht stört.

Es kann als erwiesen betrachtet werden, dass jede vollständige Action des Centralnervensystems aus zwei Componenten besteht: aus der zugeleiteten Empfindung und der durch diese ausgelösten Bewegung irgend eines Muskels oder eines Muskelgebietes. Sicher ist diese Zusammensetzung die ursprüngliche Form eines cerebralen Actes. Das Kind reagirt auf jede sensible Reizung mit einer motorischen Action. Und unsere objective Wahrnehmung psychischer Vorgänge ist nur durch die Wahrnehmung der ausgelösten Bewegungen möglich gemacht. Wir erfahren von in Anderen abgelaufenen psychischen Processen nur durch die motorischen Actionen, die durch

jene eben in den Anderen ausgelöst wurden. Ob diese Zusammengehörigkeit der beiden Componenten eines cerebralen Actes im Verlaufe der weiteren Entwickelung des Gehirnlebens jemals wesentlich geändert oder gar gänzlich gelöst werden kann, ist zum Mindesten äusserst zweifelhaft. Denn wenn wir im entwickelten Zustande nicht mehr dem gleichen Zwange unterliegen, auf jeden sensiblen Reiz mit einer Muskelbewegung zu antworten, so bezieht sich dies offenbar nur auf **das Maass** und die Form der Bewegung. Es findet der an der Centralstelle angelangte sensible Reiz im vollentwickelten Gehirne vielfältigere und zahlreichere Ablaufswege, als in dem, auch dem Raume nach unentwickelten Gehirne, und es werden die Reactionsbewegungen demgemäss nach Form und Umfang von den primitiven Reactionen des unfertigen Gehirnmechanismus verschieden sein. Es genügt vielleicht der Hinweis auf den übersichtlichsten Gehirnact, wie er sich in der Einwirkung eines schmerzhaften sensiblen Reizes und der durch denselben ausgelösten Reaction abspielt, um das eben Angedeutete zu illustriren. Derjenige, der sich am ungezwungensten und natürlichsten dem schmerzhaften Eindrucke preisgiebt, wird auch am reinsten den ganzen Verlauf des cerebralen Actes zeigen. In dem einwirkenden Reiz und der durch denselben sichtbarlich hervorgerufenen Reactionsbewegung sind beide Componenten klar zu erkennen. Sie werden weniger erkennbar, wenn mit der fortschreitenden Entwicklung der Gehirnfunctionen andere Wege dem Ablauf des von der Peripherie anstürmenden Reizes eröffnet sind. Es ist bekannt, wie wir in bewusster Weise den Ausdruck des Schmerzes hintanhalten oder verändern können, indem wir die durch den sensiblen Reiz gesetzte cerebrale Bewegung auf andere Gebiete intracerebraler Vorgänge oder auf andere Muskelgebiete „ablenken".

Dies führt uns zu der Betrachtung der Ablaufsmodalitäten eines einzelnen cerebralen Actes überhaupt.

Es wurde bereits erwähnt, dass auf Grund der Kenntnisse, die die Anatomie des Gehirns vermittelt, von einer getrennten Leitung einer Erregung innerhalb der grauen Hirnsubstanzen nicht die Rede sein könne. Die grauen Substanzen des Centralnervensystems im Allgemeinen bedeuten anatomische End-

punkte resp. Ausgangspunkte centripetal resp. centrifugal leitender Nervenfasern, und sie bedeuten physiologisch: Durchgangsstationen und Reservoirs zugeleiteter und abzuleitender Bewegungsvorgänge der kleinsten nervösen Elemente. Wenn wir nunmehr von diesen Gesichtspunkten aus dem Ablauf eines cerebralen Erregungsvorganges nachgehen, so müssen wir fragen, wie findet eine der Centralstätte zugeführte sensible Erregung den Abfluss auf solche motorische Bahnen, deren Action eine Beziehung zu dem stattgehabten sensiblen Reize erkennen lässt? Mit anderen Worten: wie kommen adäquate Bewegungen zu Stande, d. h. solche Bewegungen einzelner Muskeln oder Muskelgruppen, deren Zusammenhang mit dem auslösenden Reize evident ist?

Ohne vorläufig auf die später zu erwägenden Specialbedingungen des Erregungsablaufes einzugehen, denken wir uns einen ersten sensiblen Reiz die graue Rindensubstanz des Grosshirns erreichen. Hätte man es nun mit einem Gehirne zu thun, das von jeder ererbten Anlage frei wäre, so wäre die Wahrscheinlichkeit nur sehr gering, dass der sensible Reiz eine irgendwie adäquate Muskelaction auslösen werde. Die in der centripetalen Faser isolirt fortlaufende Erregung würde nur mit der durch die Zahl aller in Betracht kommenden centrifugalen Bahnen bestimmten Wahrscheinlichkeit diejenige treffen, auf welcher die entsprechende Reaction ausgelöst werden kann. Oder aber: die durch den sensiblen Reiz in Fluss gebrachte moleculare Bewegung trifft, wenn auch auf vielverschlungenen Seitenbahnen und nicht auf dem kürzesten Wege, die entsprechende centrifugale Bahn. Im Laufe der späteren Wiederholungen gleicher cerebraler Vorgänge wird die Verknüpfung des sensiblen Reizes mit der demselben entsprechenden motorischen Action um so sicherer und leichter sein, als die Bahnen eben durch die Wiederholungen ausgefahrener sind, d. h. als die Disposition zum Ablauf einer gewissen molecularen Bewegung auf einer bestimmten Bahn des Centralnervensystems durch früher stattgehabte gleiche Processe erhöht wurde. Diese Disposition kann so weit erhöht werden, dass sie dem Ablauf einer Gehirnaction die Bahnen

anweist; dass sensibler Reiz und motorischer Vorgang so eng verknüpft erscheinen, dass sie in der Ausführung gar nicht oder nur mit besonderem und nicht geringem Kraftaufwand getrennt zu werden vermögen.

Es bedarf wohl kaum der Anführung besonderer Fälle zu besserer Beleuchtung dieses Verhältnisses. Es genügt der Hinweis auf die unmögliche oder doch ausserordentlich schwere Trennung der Reflexbewegung von dem sie bedingenden sensiblen Reize. Ganz ähnlich diesen im engsten Sinne sog. Reflexbewegungen verhält es sich mit allen häufig wiederholten cerebralen Vorgängen. In allen Fällen, in welchen wir zu wiederholten Malen einen sensiblen Reiz mit einer bestimmten motorischen Action in organische Verbindung brachten, wird diese Verbindung eine so straffe und zwangsmässige, dass der Ablauf einer solchen Gehirnfunction mit mechanischer Regelmässigkeit erfolgt. Alle durch Uebung erlangten Fertigkeiten sind Belege dafür, dass die anfänglich mit grossen Schwierigkeiten hergestellte Verbindung eines centripetalen Reizes mit der adäquaten centrifugalen Reaction eben durch den wiederholten Ablauf des gleichen Vorganges fester und unlösbarer wird, und dass es uns dann auch nur mit besonderem und nicht unbedeutendem Kraftaufwand gelingt, die einmal hergestellte und gefestigte Verbindung zu umgehen oder ganz zu lösen. Die Erfahrungsthatsachen, die diese Ausführung bestätigen, sind so zahlreich und gehören so sehr zu den alltäglichsten Vorkommnissen des psychischen Lebens, dass eine Illustration durch einzelne Fälle überflüssig erscheint.

Der Ablauf einer totalen Function des Centralnervensystems, welche wir als aus zwei Componenten bestehend betrachten, aus dem centripetalen und dem centrifugalen Theile derselben, ist an zwei Bedingungen geknüpft. Er ist einerseits abhängig von der Reizgrösse und andererseits von dem Centralorgane selbst, d. h. von dessen Disposition zur Function. Der erste Factor hat eingehende Studien erfahren von physiologischer Seite im engeren Sinne[1]) und insbesondere

[1]) *Mach* „Stzgsber." LI. 1865; *Vierordt* „Zeitsinn". Tbngn. 1868; *Hering* „Stzgsber." LXXII. 1875; *Exner* „Arch. f. d. ges. Phys."

in den psychophysischen Untersuchungen *Fechner's*; der zweite Factor fand thunlichste Würdigung bei *Horwicz*[1]).

So zugänglich und der directen Maassbestimmung unterworfen der erste Factor cerebraler Leistungen: die Grösse des äusseren Reizes ist, so unfassbar und einer exacten Messung vorläufig nicht zu unterziehen, ist die zweite Bedingung: die Functionsdisposition des Centralorganes. Und in dieser Unzugänglichkeit der zweiten Bedingung der Gehirnfunction scheint uns auch die vorläufige Aussichtslosigkeit der psychophysischen Bestrebungen begründet zu sein.

Denn wenn wir als erste Hauptbedingung einer Gehirnleistung eine Reizintensität von gewissem Werthe fordern, so lässt sich dieser Werth, wenn auch nicht mit absoluter Sicherheit, so doch mit annähernder Bestimmung seiner Durchschnittsgrösse angeben. Das Maass aber des zweiten so wichtigen Factors, der Leistungsdisposition des Gehirns, die auch die Reizgrösse mitbestimmt, lässt sich auch nicht annähernd feststellen. Bei der grossen Abhängigkeit dieser beiden Factoren von einander, insbesondere bei dem Umstande, dass Reizgrösse und Leistungsdisposition in so engem Zusammenhange stehen, dass Letztere in directer Weise und nicht unbeträchtlich Erstere beeinflusst, könnte man denken, dass beide einander vollständig decken, dass sie wesentlich dasselbe bedeuten. Doch lehrt eine auch nur oberflächliche Betrachtung, dass die als getrennt hingestellten Factoren zu trennen sind und auch getrennt werden können. Denn einerseits laufen vor unseren Augen psychische Vorgänge ab, in welchen der objectiv starke und stärkste Reiz bei mangelnder Leistungsdisposition des Centralorgans keinerlei Reaction auszulösen im Stande ist; und andererseits kennen wir eine Minimalgrenze des Reizes, welche vorhanden sein muss, um einen cerebralen Vorgang anzuregen und welche Grenze durch keine noch so erhöhte Disposition ersetzt werden kann. Wir werden also füglich Reizgrösse und Leistungsdisposition als getrennte Factoren jeder Gehirnfunction betrachten dürfen.

In Kenntniss der Unmöglichkeit, eine exacte Maassbe-

[1]) „Psychol. Anal. auf physiol. Grundl."

stimmung der Leistungsdisposition des Gehirns zu geben, wird die Ausführung des Abhängigkeitsverhältnisses zwischen dieser und der Reizgrösse auch nur in allgemeinen Grenzen gehalten werden können.

Aus den psychophysischen Untersuchungen *Fechner*'s ist bekannt, dass der Reiz, um überhaupt für das Gehirn in Betracht zu kommen, eine bestimmte Grösse erreichen muss. Es ist dies die von *Fechner* sog. Reiz- oder Bewusstseinsschwelle. Für *Fechner* ist jeder psychische Act bewusst. Reize, die unterhalb dieses Schwellenwerthes bleiben, lösen keinerlei cerebrale Action aus, werden nicht bewusst. Wenn wir von diesem Gesichtspunkte ausgehend fragen: was mit dem Ausdruck „bewusst" gemeint sei, dann ist ersichtlich, dass damit nur ausgedrückt werden kann, dass nur ein Reiz von bestimmtem Minimalwerthe, dem Schwellenwerthe, zu dem Gehirn im Ganzen in Beziehung trete. In dem Falle, als diese Beziehung hergestellt ist, nennen wir den Vorgang bewusst; im entgegengesetzten Falle aber hat der Reiz keinerlei Beziehung zum Centralorgan, d. h. zu dem psychischen Inhalte desselben und bleibt unbewusst.

Wenn wir vor der Hand von den complicirten krankhaften Bewusstseinsvorgängen absehen, deren Erörterung uns später beschäftigen wird, so genügt ein flüchtiger Blick auf die psychischen Phänomene, um zu erkennen, dass das „Bewusstsein" in der That nichts Anderes bedeutet, als die Beziehung des momentanen, einzelnen Cerebralvorgangs zu dem vorhandenen Gesammtinhalt des Gehirns. Unter dem Gesammtinhalte des Gehirns sind die vorangegangenen Functionen in ihren Resten verstanden, die wir als verschieden abgestufte Disposition zur Wiederholung der einmal abgelaufenen cerebralen Processe oder als die gesteigerte Labilität des Gleichgewichtsverhältnisses der kleinsten Gehirnelemente [1]) erkannt haben.

Die Frage ist nunmehr nur die, ob mit der gegebenen Analyse der Begriff des Bewusstseins klar geworden ist und ob die Definition auch zutreffend und erschöpfend ist? Es

[1]) „Die cerebralen Grundzustände". *Enke*, Stuttgart.

muss nun zugestanden werden, dass, wenn es sich um die erklärende Definition einer cerebralen Erfahrungsthatsache handeln würde, die einer gesonderten Untersuchung und Betrachtung bedürfte, dass dieselbe um Nichts besser wäre, als irgend eine der vielen schon gelieferten Definitionen. Die gegebene Lösung aber betrachtet das „Bewusstsein" gar nicht als ein selbständiges Factum des Gehirnmechanismus. Wir haben gesehen, dass die Annahme, als wäre im Bewusstsein eine Function höherer Ordnung oder eine Grundeigenschaft der psychischen Processe oder aber ein Element des psychischen Lebens selbst gegeben, weder in den anatomischen, noch in den physiologischen Kenntnissen über das Gehirn irgend welche Stützen findet. Andererseits kann eine Förderung der Erkenntniss in dem Bestreben nicht constatirt werden, das die ganze Frage vom Bewusstsein auf ein anderes und ebenso wenig thatsächlich begründetes Gebiet überführt. Wenn daher *Horwicz*[1]) meint, dass „Bewusstsein" und „Gefühl" zusammenfallen und identische Begriffe sein dürften, so ist damit wenig gewonnen. Denn es wird ebenso schwer oder unmöglich das „Gefühl" zu erklären, oder dessen Existenz als eines Elementes des psychischen Lebens in zwingender Weise nahe zu legen, als es mit dem Abstractum „Bewusstsein" möglich wurde.

Aber auch die graphisch-schematische Auffassung *Fechner*'s über das Bewusstsein können wir nicht acceptiren. Denn wenn *Fechner* das psychische Leben mit einer wellenförmigen Linie in einem Coordinatensystem vergleicht, wo die Linie bald ober- bald unterhalb der Abscisse, als dem Schwellenwerth, mit verschieden hohen oder tiefen Wellenbergen und Wellenthälern verläuft, so liegt hierin unmittelbar die Annahme, dass Bewusstsein und Nichtbewusstsein von verschiedener Intensität sein könne. So bestechend nun auch die anschauliche mathematische Form dieser Auffassung sein mag, so wenig können die Erfahrungsthatsachen des psychischen Lebens mit derselben in Einklang gebracht werden. Denn wenn ein cerebraler Vorgang in keinerlei Beziehung tritt zu

---

[1]) „Psychol. Anal. auf physiol. Grundl."

dem vorhandenen cerebralen Inhalte, d. h. also, wenn er „unbewusst" bleibt, dann ist eine weitere Steigerung im negativen Sinne *Fechner*'s nicht mehr denkbar. Unbewusster als unbewusst kann Nichts sein. Ebenso ist der Vorgang, welcher Beziehungen zu den Gesammtfunctionen des Gehirns hat, ein bewusster und kann nicht noch bewusster werden. Wohl aber kann die Beziehung eine breitere und mannigfaltigere sein. Es kann ein einzelner Gehirnvorgang vermöge seiner objectiven Stärke oder einer augenblicklichen erhöhten Functionsdisposition des Centralnervensystems sich auf weitere Gehirngebiete erstrecken, mehr Functionen wecken und anregen und so gleichsam die Beziehungspunkte vermehren. Und diese reicheren und mannigfaltigeren Beziehungen eines Einzelvorganges zu der Summe der stattgehabten Gehirnprocesse werden wohl je nach ihrer Verschiedenheit zu der Annahme einer verschiedenen Bewusstseinshelligkeit geführt haben, während doch ersichtlich ist, dass mit der Herstellung der erwähnten Beziehung für den in Frage kommenden einzelnen cerebralen Vorgang das erreicht ist, was überhaupt zu erreichen war.

Fassen wir nunmehr die Resultate unserer bisherigen Untersuchung zusammen, so ergiebt sich Folgendes:

Der vollständige cerebrale Act besteht aus zwei, mit einander auf's Engste verbundenen Componenten, aus der centripetalen und der durch diese ausgelösten centrifugalen Bewegung (im physikalischen Sinne). Die Promptheit und Sicherheit der Verbindung dieser beiden zusammengehörigen Theile wird durch die Wiederholung der gleichen Gehirnvorgänge in der Weise erhöht, dass jeder cerebrale Act durch Störung des Gleichgewichtsverhältnisses der kleinsten Elemente eine gesteigerte Labilität eben dieser Gleichgewichtslage schafft, die im Verhältnisse der Wiederholungen immer mehr gesteigert wird und die wir am besten als Disposition zur Herstellung schon abgelaufener Gehirnprocesse bezeichnen. Der Begriff des „Bewusstseins" erweist sich als ein metaphysisches Abstractum, dem keinerlei concretes Factum der Gehirnanatomie oder Physiologie entspricht. Das, was man darunter versteht, ist nichts Anderes, als die Beziehung des jeweiligen cerebralen Einzelvorganges zum Totalinhalte des Gehirns, d. h. zu den

..gelegten, bleibenden Resten abgelaufener

ung selbst bedarf nun sicher keiner beson-
n Ausführung, denn deren Existenz kann
unterliegen. Sie ist ein Postulat aller Be-
überhaupt. Wir können sie in der Weise
en, dass wir auf ein System von Kugeln, das
nen Theilen und also auch im Ganzen Be-
hren kann, von einem Punkte, einem Theile
aus einen Stoss ausgeführt denken. Je nach
les Stosses nun wird sich die Bewegung dem
e entweder gar nicht mittheilen, also in keine
dem Gesammtsysteme treten, oder aber sie wird
nen Theilen mittheilen und eine Bewegung von
Ausdehnung in dem Kugelsysteme hervorrufen.
ostverständlichen Unzulänglichkeit des Beispiels,
die ganze Kluft, die Unorganisches vom Orga-
t, unserem Gegenstande unähnlicher wird, können
ch einen Augenblick dasselbe festhalten, um hin-
dass die Mittheilung der Bewegung keineswegs so
werden kann, dass immer und in allen Fällen das
m an der Bewegung theilnimmt. Es ist nicht nur
sondern thatsächlich begründet, dass je nach der
und Intensität des Stosses ein verschieden grosser
Kugelsystemes ausserhalb des Kreises der mitge-
ewegung bleibt.

erwähnt, ist mit diesem Vergleiche keineswegs ge-
dass die cerebralen Vorgänge irgend welche Wesens-
eit mit den Bewegungen eines solchen Kugelsystems
Denn um einen solchen einschneidenden Vergleich auf-
und durchzuführen, müssten alle Momente der physi-
Bewegung: die genaue Bestimmung der bewegten
die Zeit und das Intensitätsmaass der Bewegung in
gezogen werden. Es müsste der Nachweis gebracht
können, dass die cerebralen Processe ebenfalls in rein
schen Bewegungen bestehen, während doch mit gröss-
scheinlichkeit hinter denselben auch mikrochemische
zu vermuthen sind. Und endlich müsste, das phy-

sikalische Geschehen im Gehirne vorausgesetzt, eine Bestimmung der bewegten cerebralen Massentheilchen, der Bewegungsrichtung und Intensität möglich sein, um von einem solchen Vergleiche zu profitiren. Doch lag ein so weitgehender Vergleich nicht in unserer Absicht. Es sollte mit dem Bilde des Kugelsystems nur im allgemeinsten Sinne eine Veranschaulichung des Gesagten versucht werden. Wir wollten das, was wir als „Beziehung" eines Einzelnen zu einem Systeme bezeichneten, irgendwie auch demonstriren. Worin eigentlich diese Beziehung des cerebralen Einzelactes zu dem Gesammtinhalte des Gehirns besteht, ob in der Mittheilung einfacher mechanischer Bewegungen, oder in der Uebertragung und Fortpflanzung von mikrochemischen Prozessen, — das zu entscheiden, wollen wir nicht einmal den Versuch wagen. Aber unbestreitbar ist die Existenz einer solchen Beziehung, in dem sie nichts ist als der Ausdruck des Gesetzes von der Erhaltung der Kraft auf einen speciellen Fall angewendet.

Wir haben also anzunehmen, dass ein einzelner Gehirnvorgang, je nachdem die Bedingungen zur Herstellung der Beziehung desselben zu den im Gehirne niedergelegten sämmtlichen Resten vergangener Gehirnfunctionen, die wir früher schon charakterisirten, erfüllt sind oder nicht, zu diesem eben ausgeführten cerebralen Inhalte in Beziehung tritt oder nicht. Es wurde schon gesagt, dass die Bezeichnung „Gesammtinhalt des Gehirns" nicht so zu verstehen sei, als ob wir dächten, der Einzelact errege wirklich das Gehirn in seiner Totalität resp. er belebe alle im Gehirne durch vorangegangene Reizvorgänge niedergelegte Spuren, das was *Stricker* das potentielle Wissen nennt. Vielmehr will der Ausdruck „Gesammtinhalt des Gehirns" nur sagen, dass ein momentaner cerebraler Vorgang ausgedehntere Beziehungen zu früher abgelaufenen Gehirnfunctionen überhaupt hat oder haben kann, im Gegensatze zu solchen Vorgängen, bei welchen eine solche Beziehung wegen allzu geringer Intensität des Vorganges oder aus anderen, im Centralorgan selbst liegenden Gründen nicht zu constatiren ist; oder aber im Gegensatze zu solchen Vorgängen, welche in Folge häufiger Wiederholung einen so constanten und gleichförmigen Ablauf haben, dass endlich

sensibler Reiz und motorische Reaction in rein mechanischer Verbindung stehen und der cerebrale Inhalt im Ganzen von einem solchen Vorgange gar nicht tangirt wird. Diesen Fall sehen wir in den Reflexbewegungen und in allen den cerebralen Functionen, die durch die Constanz der Wiederholung den Reflexvorgängen sich anschliessen.

Wir müssen hier auf die im Eingange ausgeführte Bedeutung der Wiederholung gleicher cerebraler Vorgänge zurückgreifen. Wir haben nahe zu legen versucht, dass jeder Vorgang im Gehirne eine bleibende mechanische Veränderung schafft und dass die Wiederkehr gleicher Functionen diese Veränderung im cerebralen Mechanismus verschärft. Es wurde sogar der Versuch gewagt, diese bleibende Veränderung als eine Erhöhung der Gleichgewichtslabilität der kleinsten Elemente zu definiren, welcher Zustand mit einem gemeinfasslicheren Ausdruck als Disposition des cerebralen Mechanismus zum leichteren und prompteren Ablauf früherer Gehirnactionen bezeichnet werden kann. Alle Erfahrungsthatsachen zeigen nun, dass diese Disposition in directem Verhältnisse zur Zahl der vorangegangenen Wiederholungen wächst und endlich so weit erhöht werden kann, dass cerebrale Vorgänge, welche anfangs starke und vielfältige Beziehungen zum Gesammtinhalte des Gehirnes hatten, allmälig von diesen Beziehungen sich loslösen. Sensible Eindrücke, die die ersten Male nur mit starker Betheiligung des cerebralen Inhaltes und mit Einbeziehung grösserer Kreise des Gehirnlebens, entsprechende motorische Entladungen fanden, werden allmälig freier von diesen Beziehungen; die Verknüpfung von sensiblem Reiz und motorischer Action wird zunehmend directer und unmittelbarer und endlich so innig, dass deren Lösung nunmehr solche Schwierigkeiten setzt, wie die anfängliche Herstellung der Verknüpfung, und damit haben auch die Beziehungen des so verlaufenden einzelnen Gehirnactes zu dem Gehirninhalte überhaupt aufgehört. Im psychologischen Jargon wird dieser Process als der Uebergang bewusster in unbewusste Vorgänge bezeichnet. Thatsächlich finden wir bei dem alten philosophischen Schriftsteller *Cl. Perault* die für

viele Fälle richtige Behauptung, dass das Aufhören des Bewusstseins aus einer Art von Abstumpfung durch Gewohnheit hervorgehe. Für uns geht aus dieser Darlegung hervor, die durch alle einschlägigen Erfahrungen bestätigt wird, dass combinirte und complicirte Actionen des Gehirnmechanismus, die anfänglich nur unter Inanspruchnahme des gesammten cerebralen Inhaltes von Statten gehen, je nach Maassgabe weiterer Wiederholungen prompt und anstandslos ablaufen können, ohne dass sie zu dem Gesammtinhalte des Gehirns eine nachweisbare Beziehung hätten.

Die Reihe der hierher gehörigen Thatsachen ist keineswegs mit den alltäglich geübten complicirten Bewegungen des Gehens, Sprechens etc. erschöpft. Vielmehr ist bekannt, dass auch viel weniger häufig geübte Functionen alsbald mit vollständiger und oft gar nicht erwünschter Sicherheit und Verlässlichkeit ablaufen, ohne dass das Gehirn mit seinen sonstigen Functionen an der Ausführung der eben gedachten Acte theilnehmen würde. So können üble und uns lästige Bewegungen, deren erstes Auftreten wohl begründet sein mag, im Verlaufe späterer Wiederholungen ganz ohne unser Wissen und selbst gegen unsere Intention ablaufen.

In dieser Auffassung der cerebralen Actionen begründet ist die weitere Eigenschaft von Gehirnvorgängen, welche durch keine Beziehungen mit dem Gehirn in toto verbunden sind, nämlich dass sie keiner Reproduction fähig sind. Denn da diese Art von Gehirnfunctionen nicht über die einfachste und directeste Verbindung eines sensiblen Reizes und der entsprechenden motorischen Reaction hinausgeht und dieselbe zu dem cerebralen Inhalte keine weiteren Beziehungen hat, so kann selbstverständlich von keinem Erregungspunkte aus eine Reproduction veranlasst werden. Derartige Gehirnvorgänge stehen ja eigentlich durch ihren glatten und beziehungslosen Ablauf ausserhalb des Kreises lebendiger, bewusster, cerebraler Actionen. Der gleiche Reiz löst stets nur die gleiche Reaction aus. Und so hätten wir in der Unmöglichkeit die besprochenen Vorgänge zu reproduciren, ein sicheres Merkmal derselben gewonnen. Der Ausfall der Reproductionsfähigkeit wäre daher in allen Fällen ein sicheres Zeichen, dass die be-

treffenden, nicht zu reproducirenden Gehirnacte in keiner Beziehung zum Gesammtinhalte des Gehirns standen.

Wir werden auf diese Grundeigenschaft der beziehungslosen Gehirnvorgänge, welche auch *Koch*[1]) angedeutet hat, später bei Behandlung der krankhaften Bewusstseinszustände noch ausführlicher zurückkommen. Hier sei nur darauf hingewiesen, dass es uns von werthvoller Bedeutung zu sein scheint, dass sich diese Grundeigenschaft und das einzige verlässliche Kriterion unbewusster cerebraler Vorgänge nicht nur in ungezwungener, sondern in zwingend nothwendiger Weise aus den vorangegangenen mechanistischen Ausführungen ergiebt. Die Belege aus der Reihe der psychologischen Erfahrung sind so zahlreich und allgemein gekannt, dass kein Leser in Verlegenheit sein dürfte, solche anzuführen. Ich will nur aus meiner eigenen jüngsten Erfahrung folgenden Fall anführen. Besondere Verhältnisse meiner neuen Wohnung haben mich veranlasst, vor dem Schlafengehen selbst zwei Thüren abzuschliessen. Mit selbstverständlicher Regelmässigkeit bildete diese Action den Abschluss aller Agenden. Schon nach wenigen Wochen hatte diese Action so sehr jede Beziehung zu den sonstigen Gehirnvorgängen verloren, dass ich sie ausführte, ohne davon zu wissen, ohne mich an die Ausführung nachträglich, trotz aller darauf gerichteten Anstrengung, erinnern zu können. Während ich anfangs mehrere Male mich von der richtigen Ausführung des Abschliessens durch eine zweite Controle überzeugte, liess ich später, als ich mich von der Sicherheit meines diesbezüglichen cerebralen Mechanismus mehrfach überzeugt hatte, jede Controle fallen.

3.

Auf den eigentlichen Gegenstand unserer Untersuchung übergehend, werden wir folgende Fragen zu erledigen haben: Giebt es psychotische Zustände, deren Symptomencomplex den Ablauf „unbewusster“ Gehirnvorgänge erkennen lässt?

---

[1]) „Vom Bewussts. in Zuständen sog. Bewusstlosigkeit.“ Enke, Stuttgart 1877.

Welches sind die Merkmale dieser Vorgänge? Wie sind sie zu begreifen?

Unbewusste Gehirnvorgänge leugnen wollen, hiesse eine Thatsache von objectiver Geltung und Bedeutung in Frage stellen. Wir vermögen aus der objectiven Beobachtung gewisser physiologischer und pathologischer Vorkommnisse mit Sicherheit auf die reale Existenz sog. „unbewusster“ Functionen des Gehirns zu schliessen und können diesen Functionen auch eine gewisse Complication, wie sie in der Regel nur „bewussten“ Cerebralprocessen zukommt, nicht absprechen. Wie aber kommen wir zur Kenntniss solcher Vorgänge? Offenbar nur in der Weise, dass wir von anderen Individuen Bewegungen, Handlungen ausführen sehen, die wir gewohnt sind, auf psychische Motive zurückzuführen, über welche wir aber im gegebenen Falle nichts erfahren können, weil das agirende Individuum von solchen Motiven nichts weiss. Denn wir können unmöglich vom Bewusstsein eines Anderen sprechen, wenn der Andere selbst ein solches nicht zuzugeben in der Lage ist. Und wir müssen in solchen Fällen annehmen, dass es Bedingungen und Zustände des Gehirnlebens giebt, in welchen Reize einwirken und Bewegungen auslösen, oder aber Bewegungen ausgelöst werden in Folge intracerebraler Reizvorgänge, was ja das Wesen des Processes nicht tangirt, welche Reiz- und Bewegungsvorgänge zu dem Gesammtinhalte des Gehirns keine Beziehung haben. Wir haben gesehen, dass auch unter physiologischen Bedingungen solche sog. „unbewusste“ Processe ablaufen können und thatsächlich in sehr beträchtlicher Zahl täglich ablaufen. Wir haben gesehen, dass solche Processe eigentlich einfacher und trotz ihrer Einfachheit nicht minder verlässlich sind, als jene, welche zu ihrem Ablauf den ganzen cerebralen Inhalt oder doch einen mehr weniger grossen Theil desselben in Anspruch nehmen. Wir haben endlich versucht, die mechanischen Gründe, das Zustandekommen solcher Vorgänge, darzulegen und müssen nun die pathologischen Bedingungen aufsuchen.

Es wird sich zu diesem Zwecke empfehlen, die Krankheitssymptome oder die Gruppen dieser Symptome in Erwägung zu ziehen, bei welchen die früher ausgeführten Bewusst-

seinszustände in Frage kommen. Mit der Feststellung dieser Symptome und Symptomencomplexe wird vor Allem das Materiale gegeben sein, um dessen Erklärung es sich handelt.

Am typischesten tritt uns die Störung des Bewusstseins oder dessen, was man mit diesem Namen bezeichnet, in dem Krankheitsbilde der Epilepsie entgegen, dessen wichtigstes Merkmal sie bildet. Unter welchen Erscheinungen der einzelne epileptische Anfall oder sämmtliche periodischen Anfälle auch zur Beobachtung kommen mögen, niemals fehlt die Bewusstseinsstörung resp. die Aufhebung des Bewusstseins für die ganze Dauer jedes einzelnen Anfalles. Wir werden uns daher am besten aus der Betrachtung der epileptischen Zustände über die in Rede stehende Frage orientiren. Das so gewonnene Resultat dürfte ohne Weiteres auf alle gleichartigen oder ähnlichen Zustände zu übertragen sein.

So beruhigt und sicher wir die „Bewusstlosigkeit" für jene epileptischen Attaquen annehmen zu können glauben, in welchen die Kranken plötzlich hinfallen und ohne auf äussere Reize zu reagiren von allgemeinen Convulsionen befallen werden, oder für jene Anfälle des sog. petit-mal, deren ganzen Symptomencomplex die Bewusstseinspause ausmacht, so schöpfen wir doch die Berechtigung zur Annahme einer Aufhebung des Bewusstseins nur aus der Behauptung der Kranken, von allen in der Anfallszeit vorgefallenen Geschehnissen nichts zu wissen. Die Kranken vermögen die Vorgänge aus der Zeit des Anfalles nicht zu reproduciren. Wir haben kein anderes Prüfungsmittel sowohl für unsere, als auch für die Bewusstlosigkeit Anderer, als die Unfähigkeit die Vorgänge einer gewissen Periode zu reproduciren. Das objective Merkmal der Bewusstlosigkeit ist der Mangel der Erinnerung. Wir haben früher gesehen, dass diese so wichtige Grundeigenschaft aller „unbewussten" Vorgänge aus unserer Auffassung derselben als beziehungsloser cerebraler Actionen in naturgemässer und zwingender Weise hervorgeht. Denn man kann nicht erwarten, dass Gehirnvorgänge zur Reproduction kommen, die in keiner Weise in's Gehirnleben eingegriffen haben. Es handelt sich ja in diesen Vorgängen meist um die einfachste Verknüpfung eines sensiblen oder intracerebralen Reizes mit einer

motorischen Reaction, oder aber es handelt sich um den Ablauf einer auch complicirteren Gehirnaction, welche durch die Wiederholung schon so sichere Bahnen im Gehirne vorgezeichnet hat, dass weitere Beziehungen zum Gesammtinhalte des Gehirns nicht mehr eintreten. Und nur diese Beziehungen, die Verflechtung eines cerebralen Vorganges mit den Gesammtfunctionen des Gehirns sichert die Möglichkeit der Reproduction von verschiedenen Punkten des Gehirnmechanismus. In Fällen aber, wie die uns beschäftigenden, wird die bestimmte Bewegung immer nur durch den gleichen Reiz ausgelöst werden können, und umgekehrt wird der gleiche Reiz niemals etwas Anderes bewirken können, als die so oft schon wiederholte Bewegung. Die Bahn, auf welcher solche Vorgänge ablaufen, ist gleichsam abgeschlossen von allen anderen Bahnen der Gehirnfunctionen. Die Reproduction dieser cerebralen Vorkommnisse bedeutet die minutiöseste Wiederholung des ein oder mehrere Male abgelaufenen ganzen Zustandes. Wir werden auf diese Verhältnisse noch zurückkommen müssen.

Obwohl es nun im Wesen dasselbe ist, ob Jemand an äussere Vorgänge oder an heftigen Sturz mit allgemeinen Convulsionen sich nicht erinnert, wie dies für die Bewusstseinspausen des petit-mal und die grossen Krampfanfälle der Epileptiker gilt; oder ob ein Anderer an Hallucinationen, sensorische Vorgänge und ausgedehnte Muskelactionen, wie sie der epileptischen Geistesstörung zukommen, sich nicht zu erinnern vermag; so scheint doch die Bewusstlosigkeit für diese letzteren Zustände weniger annehmbar, als für die ersteren. Es hat dies darin seinen Grund, dass in diesen meist die Sinne ausser Function gesetzt erscheinen und auch jede Reflexaction aufgehoben ist, in jenen hingegen die Sinne functioniren und die Aeusserungen der Kranken in der Regel intensive cerebrale Vorgänge von grösserem Erscheinungsreichthum erkennen lassen. Hauptsächlich aber erscheint uns das Gebahren der Epileptiker deshalb nicht auf den ersten Blick mit totalem Ausfall des Bewusstseins vereinbar, weil dasselbe die Illusion einer Entwicklung aus bewussten, wenn auch krankhaften Motiven nur zu leicht hervorbringt. Die Gefahr einer solchen Illusion liegt für den, mit halben Kennt-

nissen ausgestatteten Beobachter, viel näher, als für den vollständigen Laien. Dem Letzteren imponirt jede halbwegs ausgesprochene psychische Störung als Bewusstseinsausfall. Es kann kaum ein Laie mit der Annahme fertig werden, dass der delirirende oder hallucinirende Geisteskranke während des Bestandes der Psychose die Vorgänge, die sich vor ihm abspielen, auch percipire, oder dass er sich nach seiner Wiederherstellung an dieselben und an die direct krankhaften Erscheinungen erinnere. Der Laie stellt sich die Geisteskrankheit überhaupt als eine Lücke im Bewusstsein des Betroffenen vor.

Anders der, dem einige, nicht erschöpfende Erfahrungen auf diesem Gebiete zu Gebote stehen. Dieser dehnt seine Erfahrungen, dass auch Geisteskranke nach „bewussten" Motiven handeln und dass die Erinnerung auch krankhafte Gehirnvorgänge treu bewahrt, auf alle Fälle aus, welche den Symptomen nach ähnlich verlaufen. Es fällt ihm schwerer zu glauben, dass eine Handlung einmal aus einem bewussten krankhaften Motive hervorgehe, ein anderes Mal eine ähnliche Handlung vollständig unbewusst zur Ausführung kommt, so dass von einem Motive im eigentlichen Sinne des Wortes gar nicht die Rede sein kann, sondern nur von irgend einem Reiz als Ursache der ausgelösten Action. Und doch giebt es unzweifelhaft Zustände von cerebraler Störung, als deren bestgekannter Typus die epileptischen Zustände hervorgehoben wurden, deren Krankheitssymptome bei aller ihrer Intensität und relativen Reichhaltigkeit, doch in Allem sich jenen Vorgängen anschliessen, die wir als mit dem Gesammtinhalte des Gehirns in keiner lebendigen Beziehung stehend erkannt haben.

Selbstverständlich ist auch für die Beurtheilung dieser krankhaften Zustände dieselbe Erwägung und dasselbe Grundmerkmal maassgebend, wie für die gleichen oder ähnlichen physiologischen. Wir werden die Beurtheilung dessen, ob während der Dauer einer psychischen Störung das, was man mit dem Namen „Bewusstsein" belegt, aufgehoben war oder nicht, von der Fähigkeit des Kranken, die Vorgänge dieser Periode zu reproduciren, abhängig machen müssen. Da wir die mechanische Begründung der Unmöglichkeit, solche cere-

brale Vorgänge zu reproduciren, die ohne Zusammenhang und Beziehung zum Gesammtleben des Gehirns ablaufen, versucht und auch erreicht zu haben meinen; da hervorgegangen ist, dass der Ausfall der Reproduction an den beziehungslosen Ablauf cerebraler Actionen in naturgemässer Weise gebunden ist; so werden wir, nach Hinzuziehung einiger Hilfmomente, aus dem Fehlen der Erinnerung und der Unmöglichkeit, gewisse krankhafte Vorgänge zu reproduciren, auf eine Bewusstseinslücke zurückschliessen können. Als solche Hilfsmomente sind jene Bedingungen zu betrachten, die physiologischer Weise eine Beziehung einer einzelnen Gehirnfunction zu der Summe der Gehirnfunctionen nicht zu Stande kommen lassen oder die Erinnerung ausschliessen. So wissen wir, dass Reize unter einer gewissen Intensität, unter dem sog. Schwellenwerthe, keine solchen Beziehungen zum Gehirne eingehen, d. h. „unbewusst" bleiben. Wir haben ferner gesehen, dass Reflexvorgänge, sowie alle jene Vorgänge, welche durch Wiederholung so fest vorgezeichnete Ablaufsbahnen haben, dass eine dirigirende Beziehung zum gesammten Gehirninhalte nicht mehr eintritt, ebenfalls „unbewusst" bleiben und nicht reproducirt zu werden vermögen.

Endlich lehrt die Erfahrung, dass die Fähigkeit cerebrale Vorgänge zu reproduciren, abhängt von der Zeit des letzten Ablaufs eines Gehirnvorgangs bis zur Reproduction desselben. Je grösser der Zeitintervall zwischen diesen beiden Functionsmomenten, um so schwieriger gestaltet sich im Allgemeinen die Reproduction. Und es kann vorkommen und kommt auch thatsächlich vor, dass nach Verlauf einer Zeit die Reproduction eines Gehirnactes unmöglich wird. Obwohl diese Zeitgrösse auch nicht einmal annähernd zu bestimmen ist, so lässt sich doch auch von dieser sagen, dass sie verschieden gross ist, je nach der Stärke der Beziehungen, die ein Einzelact des Gehirns zum Gehirninhalte hatte, d. h. je nach der Mannigfaltigkeit der Beziehungspunkte oder der durch Wiederholung gekräftigten Beziehungen. Die Zeit, welche die Reproduction aufheben soll, wird grösser sein müssen bei Vorgängen, die unser ganzes psychisches Leben oder doch einen grossen Theil desselben in Anspruch nahmen, als bei solchen, die bei ihrem

ersten Auftreten schon nur sehr geringfügige Beziehungen zu der Summe unserer Gehirnleistungen hatten. Es handelt sich bei diesen Erwägungen um so gewöhnliche und unzweifelhafte psychische Thatsachen, dass wir von der Anführung einzelner illustrirender Vorkommnisse völlig absehen zu können glauben.

Bei den hier in Rede stehenden krankhaften psychischen Erscheinungen der epileptischen Anfälle können die Momente, welche in physiologischer Weise einen Ausfall der Erinnerung herbeiführen, ausgeschlossen werden. Die motorischen Actionen, die wir von Epileptikern während des Anfalls ausführen sehen, lassen aus ihrem ganzen Ausmaass auf entsprechend intensive Reizvorgänge schliessen und erlauben nicht anzunehmen, dass diese Reize den Schwellenwerth nicht erreichen und deshalb keine Beziehungen zur Summe der cerebralen Functionen haben. Ebenso wenig aber kann man sagen, dass es sich bei den epileptischen Vorgängen um Reflexactionen handle. Dagegen spricht der ganze Charakter und die oft nicht unbedeutende Complication der Bewegungen.

Zum Verständnisse dieser pathologischen Erscheinungen müssen wir uns daher nach anderen Erklärungsgründen umsehen. Es kann jedoch hier schon festgestellt werden, dass die klinische Erfahrung die Unmöglichkeit, eine Reihe von pathologischen Vorgängen, insbesondere die des epileptischen Anfalles, zu reproduciren, ausser Zweifel stellt. Aus dieser Unfähigkeit der Kranken, die Anfallsvorgänge, seien diese auch welcher Art immer, nachträglich wieder in Erinnerung zu bringen, müssen wir schliessen, dass alle diese Vorgänge der ganzen Anfallszeit keinerlei Beziehung zum Gesammtinhalt des Gehirns haben. Wie complicirt und zweckbewusst die Bewegungen und die ihnen zu Grunde liegenden cerebralen Vorgänge zu sein scheinen, so müssen wir doch glauben, dass es sich um „unbewusste" Vorgänge handle. Die vollständige Amnesie, welche den ganzen epileptischen Anfall deckt, lässt keine andere Auffassung zu aus den oben ausgeführten Gründen. Jene Anschauungen aber, die für viele Fälle von Epilepsie eine „summarische Erinnerung", ein „dunkles Bewusstsein" auf Grund von Beobachtungen gelten lassen wollen,

scheinen uns nicht ohne nähere Prüfung zulässig. Man muss bedenken, dass man nur sehr selten unbefangene Epileptiker zur Beobachtung bekommt und dass gerade Epileptiker, wegen der symptomatologischen Uebereinstimmung der einzelnen Attaquen, durch die Aeusserungen der Umgebung bald mässig orientirt sind über die Anfallsvorgänge und über dieselben diejenigen unvollständigen und lückenhaften Auskünfte ertheilen, die zu der Annahme einer „summarischen Erinnerung“ geführt haben. Für die überwiegende Zahl von Epileptikern aber, die von aussen nicht unterrichtet wurden und denen durch häufige ärztliche Examinationen nicht eine halbe Kenntniss ihres krankhaften Zustandes beigebracht wurde, kann man als feststehend annehmen, dass alle Vorgänge des epileptischen Anfalles „unbewusst“ ablaufen und nicht reproducirt werden können.

Doch kann a priori die Möglichkeit nicht bestritten werden, dass auch epileptische Vorgänge zum Theile „bewusst“ ablaufen und auch reproducirt werden. Dieser Fall ist dann denkbar und kommt erfahrungsgemäss vor, wenn der Anfall nicht plötzlich aufhört, sondern ganz allmälig in einen Zustand psychischer Klarheit übergeht. In solchem Falle werden die letzten Vorgänge des krankhaften Zustandes in den wachen Zustand hinüberragen und bei vollständiger Rückkehr des Bewusstseins reproducirt werden können. Der Umstand, dass die Erinnerung nur einen unvollständigen Bruchtheil der pathologischen Vorgänge behält und die Wiedergabe des Erinnerten aus diesem Grunde auch unverständlich klingt, hat wahrscheinlich zu der Bezeichnung „halbes“ oder „dunkles“ Bewusstsein geführt, welche Bezeichnung eigentlich nach jeder Richtung hin unzutreffend ist, weil, wie früher schon hervorgehoben wurde, das, was „bewusst“ ist, nicht bewusster sein kann, als es eben ist. Das Mangelhafte der Erinnerung in solchen Fällen besteht nur darin, dass wir nur einen kleinen Theil einer ganzen Reihe von Erscheinungen zu reproduciren vermögen, während die übrigen Erscheinungen derselben Reihe in unserem Gehirnleben keinen Platz gefunden haben und demnach in keiner Weise den kleinen, uns bewussten Antheil der Attaque klarer machen oder ergänzen können. Es

ist, als sähen wir durch einen schmalen Spalt irgend einen kleinen Theil eines Bildes, während das Ganze unserem Sehen unzugänglich bleibt. Wir sehen den sichtbaren Theil wohl so deutlich, als man nur irgend sehen kann und nichtsdestoweniger ist uns das Gesehene nicht klar, wenn uns dessen Beziehung zum Ganzen unsichtbar bleibt. Im Grossen und Ganzen aber werden die psychischen und motorischen Vorgänge während des epileptischen Anfalles, als ausserhalb jeder Beziehung zum cerebralen Gesammtleben stehend, also als „unbewusst“ gelten müssen und wir werden als sicherstes Merkmal epileptischer Zustände die Aufhebung dieser Beziehungen der einzelnen Gehirnacte zum Functionsinhalte des ganzen Gehirns, d. h. die Aufhebung dessen, was man „Bewusstsein“ nennt, betrachten dürfen.

Es kann sich nunmehr nur noch darum handeln, die Bedingungen einer solchen Störung kennen zu lernen. Wir meinen damit nicht die Aetiologie der Epilepsie, sondern die mechanische Erklärung des Wegfalls der Wechselbeziehungen cerebraler Vorgänge, wie er diejenigen des epileptischen Anfalls charakterisirt.

Zwei Annahmen von ungleichem Werthe und verschiedener Wahrscheinlichkeit scheinen uns zur Erklärung des krankhaften Bewusstseinszustandes möglich. Man könnte erstens annehmen, dass der pathologische Vorgang, der dem epileptischen Anfalle zu Grunde liegt und denselben mit allen seinen Erscheinungen bedingt, einen Zustand im Gehirne schafft, der jede Beziehung eines cerebralen Einzelactes zur Functionssumme des Gehirns unmöglich macht; wobei die cerebralen Vorgänge als solche von keinem Belang wären. Eine solche Annahme, welche die Beziehungen von Gehirnact zu Gehirnact von diesen selbst loslöst und sie gleichsam als reale Existenzen in die Luft stellt, unterscheidet sich von der speculativ-psychologischen Auffassung, die das „Bewusstsein“ als selbständiges Factum des Seelenlebens behandelt, gar nicht. So wenig eine reine objectlose Beziehung existiren kann, ebenso wenig kann eine Störung derselben Gegenstand exacter Untersuchung sein. Die Untersuchung muss auf die Gehirnvorgänge und nur auf diese gerichtet sein.

Die zweite Annahme wäre die, dass den Gehirnvorgängen des epileptischen Anfalles solche Eigenschaften zukommen, die die lebendige Wechselwirkung von Einzelfunctionen des Gehirns zur Summe der Functionen verhindern. Die Ursache dessen, dass in gewissen Fällen ein Gehirnact oder eine Reihe von solchen vollständig ablaufen, ohne dass eine Beziehung derselben zum Gesammtinhalte des Gehirns hergestellt würde, wäre demnach in den Gehirnvorgängen selbst zu suchen, wie dies auch der Natur der Sache entspricht.

Wir haben früher als eine physiologische Eigenschaft, die das „Bewusstwerden" cerebraler Functionen hintanhalten, die Schwäche des Reizvorganges hervorgehoben. Ein Reiz von geringerem als dem Schwellenwerthe, geht keine Beziehung zur Functionssumme des Gehirns ein, bleibt „unbewusst" und ist selbstverständlich nicht zu reproduciren. Aber auch der Maximalwerth eines Reizes, der nach *Stricker* mit der Zerstörung des Nerven zusammenfällt, verhält sich in ähnlicher Weise. Wir wissen, dass die Steigerung der zu unterscheidenden Reizintensität nach oben hin eine Grenze hat, über welche hinaus wir subjectiv keinen Reizzuwachs constatiren können. Wir wissen auch, dass Reize von grösster Intensität das Gehirn überhaupt ausser Function setzen. Wir wollen nur auf das so häufige Vorkommniss der vollständigen Bewusstlosigkeit bei plötzlichen grossen Schmerzen oder bei sonstigen intensiven psychischen Emotionen hinweisen. Nun dürfte es wohl erlaubt sein anzunehmen, dass die Wirkungsweise heftiger Reize sich nicht dermaassen sprungweise ändert, dass ein Reiz von bestimmter Intensitätsgrenze eine deutlich wahrgenommene Empfindung und „bewusste" Bewegung auslöst, der nächst höhere Reiz aber schon die gesammten Functionen des Gehirns, wenn auch nur vorübergehend, vernichtet. Vielmehr liegt es näher zu denken, dass Reize von bedeutender Stärke, wie wir sie für die Reizvorgänge des epileptischen Anfalls in Anspruch nehmen wollen, wohl schon die Maximalgrenze überschritten haben und eine deutliche Unterscheidung des Einzelvorgangs nicht mehr zulassen, so dass eine Beziehung dieses cerebralen Vorgangs zu der Gesammtsumme der Gehirnfunctionen nicht mehr zu Stande kam, dass sie aber

doch noch nicht jenen Grad erreichten, der mit totaler Vernichtung oder temporärer Aufhebung des Gehirnlebens einhergeht.

Es scheint uns die Möglichkeit der Annahme nicht so ganz auszuschliessen, dass Reizvorgänge von bestimmter und bedeutender Intensität, eben vermöge und wegen dieser Intensität mit einer Geschwindigkeit und einer Gewaltsamkeit nicht nur centripetalwärts verlaufen, sondern auf verwickeltere und complicirtere motorische Bahnen übergehend in complicirten Handlungen zur Entladung kommen. Wenn uns nur anzunehmen gestattet ist, dass mit der Zunahme der Intensität des Reizes bis zu einer gewissen Grenze die Ablaufszeit der cerebralen Erregung abnimmt; und wenn, was kaum zu bezweifeln ist, diese Ablaufszeit nicht unter ein gewisses Maass herabgehen kann, ohne dass die Beziehung der Erregung zum Gehirninhalte aufgehoben würde; dann folgt unmittelbar, dass Reize von der Intensitätsstufe, wie die eben bezeichnete und wie wir sie den pathologischen Reizvorgängen des epileptischen Anfalles zuschreiben möchten, in der angegebenen gewaltsamen und beschleunigten Weise vollständig ablaufen, ohne dass eine Beziehung dieser Vorgänge zum Gehirninhalte hergestellt werden könnte, woraus auch selbstverständlich die Unmöglichkeit dieselben zu reproduciren sich ergiebt.

Nach gewisser Richtung besteht eine Aehnlichkeit zwischen diesen krankhaften Vorgängen und den Reflexvorgängen, insofern in dem einen wie im anderen Falle der Ablauf der cerebralen Action unaufhaltsam und beschleunigt auf bestimmten Bahnen vor sich geht und die ausgelösten Bewegungen einzig und allein von dem betreffenden Reize abhängen und zum Gehirnmechanismus weiter keine Beziehung haben. Doch besteht zwischen beiden der ganze grosse Unterschied, der überhaupt physiologische und pathologische Processe von einander trennt. Was in dem einen Falle die physiologische Veranlagung der Organe oder die durch fortgesetzte Wiederholung hergestellte mechanische Verbindung von Reiz und motorischer Reaction bewirkt, dasselbe bewirkt der krankhafte Process mit einem Schlage.

Wir müssen jedoch einem anderen Bedenken gegen die Vergleichung der genannten physiologischen Gehirnvorgänge

und den angezogenen pathologischen Rechnung tragen. Es könnte nämlich hervorgehoben werden, dass die Unähnlichkeit der beiden Processe vollständig werde dadurch, dass bei allen oder doch bei vielen beziehungslos verlaufenden physiologischen Gehirnfunctionen der die Bewegung auslösende Reiz uns „bewusst“ sei und nur die motorische Reaction sei vollständig unabhängig von dem Gesammtinhalte des Gehirns und stehe auch zu diesem in keiner Beziehung. Wir wissen wohl bei Reflexreizen oder solchen, die ihnen nahe kommen, dass ein Reiz eingewirkt habe und nur die Bewegungsreaction steht nicht in unserer Macht und kann von der Functionssumme des Gehirns nicht beeinflusst werden. Eigentlich „unbewusst“ ist also hier nur die Verknüpfung des sensiblen Reizes mit der adäquaten Bewegung. In den uns beschäftigenden Fällen der krankhaften Bewusstseinszustände aber bleibt auch der die Bewegung auslösende Reiz unbewusst und kann nicht wieder reproducirt werden. Wenn der Epileptiker beispielsweise durch irgend eine Hallucination zu einer gewaltsamen Handlung getrieben wird, so weiss er nicht nur von dieser Handlung nicht, sondern es bleibt ihm auch der hallucinatorische Reiz „unbewusst“; er erinnert sich ebenso wenig an die motorische Entladung, als an die derselben zu Grunde liegenden Reizvorgänge.

Dieses Bedenken jedoch schwindet bei der Erwägung, dass, wenn von „Reiz“ in pathologischem Sinne gesprochen wird, damit keineswegs der sensible Reiz physiologischer Processe gemeint sein darf. Vielmehr ist unter dem pathologischen Reiz ein uns derzeit freilich meist unbekanntes Agens verstanden, welches sowohl die krankhafte Empfindung, als auch die in ihrem Gefolge auftretende Bewegung auslöst. Denn in den uns beschäftigenden Fällen krankhafter Gehirnprocesse ist die Empfindung, Sensation oder Hallucination, die den von uns beobachteten Bewegungen zu Grunde liegen, ebenfalls schon Effect eines Reizes, der, wie wir annehmen zu können glauben, vermöge der ihm innewohnenden krankhaften Intensität nicht in Beziehung tritt zur Functionssumme des Gehirns, sondern mit gesteigerter Vehemenz und Geschwindigkeit auf centrifugale Bahnen übergehend zur motorischen Entladung kommt.

Es könnte scheinen, dass die Annahme: ein Reiz von hoher krankhafter Intensität gehe keine Beziehungen zum cerebralen Gesammtinhalte ein, eben wegen seiner besonderen Intensität, einen Widerspruch in sich schliesse. A priori wäre es einleuchtender und wurde es auch früher so ausgeführt, dass mit der Zunahme der Reizintensität die Beziehungen des einzelnen Reizes zu dem Gehirne im Ganzen sich vervielfältigen. Ja es würde die Herstellung einer solchen Beziehung überhaupt von einer gewissen Grösse des Reizes abhängig gemacht. Doch haben wir auch erwähnt, dass dieses gerade Verhältniss zwischen Reizgrösse und Ausdehnung der Beziehungen aufgehoben wird, wenn der Reiz seine Maximalgrenze erreicht. Denn im Grunde ist die Möglichkeit der Constatirung einer Maximalgrenze des Reizes schon an sich ein Beweis, dass der Reiz für unser „Bewusstsein" seine Grenze erreicht hat, über welche hinaus wir ihn gar nicht mehr verfolgen können. Der Schwellen- und der Maximalwerth des Reizes sind Anfangs- und Endpunkt der Beziehungen des Reizes zum Gehirninhalte; weder darunter noch darüber treten solche ein. Der Umstand, dass wir so das Gebiet dessen, was man Bewusstsein nennt, nach oben und nach unten zu begrenzen im Stande sind, der Umstand allein spricht auch für unsere Anschauungen.

Doch wird dieselbe auch durch Erfahrungsbeweise gestützt. Jedermann weiss, dass in Momenten hochgradiger psychischer Erregung selbst starke schmerzhafte Eingriffe nicht wahrgenommen werden. So weiss man von Soldaten, die schwere Verwundungen und Verletzungen in der Hitze des Gefechtes gar nicht merken und mit denselben durch Stunden noch agiren, bis sie etwa der Blutverlust hinstreckt. Aber auch ohne eine solche allgemeine Erregung kommt es vor, dass wir plötzlich einwirkende heftige Schmerzen nicht näher unterscheiden können. Wir können bei besonders intensiven schmerzhaften Eingriffen nicht die Art und die Quelle des Eingriffes angeben. Wir wissen nicht, ob ein schneidendes oder ein stechendes Instrument eingewirkt habe und oft finden wir uns eine Weile auch über den Ort des Angriffes der Instrumente nicht zurecht. Es ist bekannt, dass man sehr häufig

nicht nur von solchen, in grosser Erregung erhaltenen Verletzungen nichts weiss, sondern dass man auch kaum an die Umstände sich zu erinnern vermag, unter welchen sie stattgefunden haben, ebenso wenig, als man über seine eigenen Worte und Handlungen aus diesem Zeitabschnitt Rechenschaft zu geben vermag. Man muss daher annehmen, dass eine solche allgemeine psychische Erregung, in der man „ausser sich" geräth, einen Gehirnzustand schafft, der jede Beziehung eines Einzelreizes zu der Functionssumme des Gehirns unmöglich macht. Im Anschlusse an diese physiologischen Vorkommnisse kann man wohl weiter annehmen, dass der epileptische Reiz in erster Linie eine allgemeine cerebrale Erregung setzt, die den Ablauf von Gehirnvorgängen überhaupt ebenso wenig vollständig aufzuheben braucht, wie irgend eine physiologische Aufregung. Wohl aber werden alle aus diesem epileptischen Reiz hervorgegangenen psychischen und psychomotorischen Processe keine Beziehung zur Gesammtsumme der cerebralen Functionen eingehen, sondern vermöge des allgemeinen Erregungszustandes des Gehirns, vermöge ihrer eigenen besonderen Intensität in directester Weise und in pathologisch beschleunigtem Ablauf zur Entladung kommen. Selbstverständlich ist die Reproduction dieser Vorgänge auf den gleichen Reiz gestellt, zu welchem allein und ausschliesslich eine Beziehung besteht. Nur derselbe Reiz wird, bei dem Mangel jeder anderen Beziehung, die etwa die Vorgänge selbst und den Ablauf derselben ändern und beeinflüssen könnten, diese Vorgänge auszulösen im Stande und immer auch die gleichen Erscheinungen auslösen müssen, weil beide, der epileptische Reiz und die durch diesen hervorgerufenen Erscheinungen, in engstem Zusammenhange mit einander stehen und getrennt eben so schwer denkbar sind, wie der Reflexreiz und die Reflexbewegung.

Eine solche Auffassung der epileptischen Krankheitserscheinungen und in specie des Bewusstseinszustandes während des epileptischen Anfalles lehnt sich, wie uns scheinen will, ungezwungen an die Ergebnisse der physiologischen Untersuchungen über den Mechanismus des Gehirnlebens und an allgemeine physikalische Anschauungen an. Sie giebt auch

eine natürliche und aus der Sache selbst hervorgehende Erklärung der typischen Merkmale jeder epileptischen Störung. Sowohl der brüske Eintritt, als auch der unvermittelte Abfall der Krankheitssymptome sind in der Verschiedenheit des „bewussten“ und „unbewussten“ Gehirnlebens begründet. Denn zwischen dem Gehirnzustande, in welchem Beziehungen von Einzelvorgängen des Gehirns zu dessen Functionssumme möglich sind, und dem, in welchem solche Beziehungen ausgeschlossen sind, existiren keine allmäligen Uebergänge. Der Uebergang von Bewusstsein in Bewusstlosigkeit ist in letzter Instanz immer ein jäher, weil Eins das Andere vollständig ausschliesst. Hierzu kommt noch die Erfahrungsthatsache, dass der epileptische Reiz, über dessen Natur uns noch jede festbegründete Kenntniss fehlt, plötzlich oder nach sehr kurzen Prodromen das Centralnervensystem befällt, so dass auch dadurch die beiden so grundverschiedenen Phasen cerebraler Functionen um so greller sich von einander abheben und um so unvermittelter neben einander zu stehen kommen.

Die Amnesie, die jeden einzelnen epileptischen Anfall mit allen seinen mannigfaltigen Erscheinungen deckt und die eine Reproduction der epileptischen Vorgänge in der anfallsfreien Zeit unmöglich macht, findet in dem beziehungslosen Ablauf dieser Vorgänge ihre nothwendige Voraussetzung. Denn es liegt auf der Hand, dass diese, gleichsam ausserhalb des Rahmens der physiologischen cerebralen Functionen gestellten Vorgänge, die keinen Zusammenhang mit dem bewussten Gehirnleben haben, auch keinen Anhaltspunkt bieten zur Reproduction, deren Möglichkeit doch zum grossen Theil auf der Mannigfaltigkeit des Verhältnisses eines Gehirnactes zur Summe der Gehirnacte beruht. Die Wiederkehr dieser krankhaften Erscheinungen aber ist, wie aus dem Ausgeführten hervorgeht, immer an die Einwirkung des gleichen krankhaften Reizes gebunden, der sie auch jedesmal in prompter und stereotyper Monotonie bis in die geringfügigsten Details auslösen wird, wie dies die Gleichheit der Symptomengruppe der einzelnen epileptischen Attaquen bei demselben Individuum in typischer Weise zeigt.

Bildungsanomalien bei Geisteskranken[1]).

Von

Dr. Richter
in Dalldorf.

Ich habe 200 Geisteskranke genau auf ihre körperliche Entwicklung untersucht und dabei Alles dasjenige verzeichnet, was mir abnorm erschien.

Die Untersuchungen geschahen bei allen nach ein und demselben Modus.

Die Kranken waren lauter Männer, welcher Umstand sie ungenirt gestattete.

Bezüglich der Form ihrer Geistesstörung, so waren es zumeist Verrückte.

Unter den 200 von mir untersuchten Fällen befand sich keiner, welcher Anomalien der Pigmentirung der Kopfhaare darbot. Bezüglich der Behaarung der allgemeinen Hautdecken beobachtete ich 6 Mal Ungleichmässigkeiten verschiedenen Grades, so dass Hautstellen der einen Körperhälfte mit Haaren besetzt waren, während die entsprechenden Stellen der andern Körperhälfte sich unbehaart zeigten. Je 1 Muttermal beobachtete ich an 8 Kranken, 2 Muttermale an einem Kranken 2 Mal.

Schwere Missbildungen der Gehirnkapsel sind nicht zu oft vertreten: Einer hatte eine bedeutend asymmetrische Hirnkapsel, welche rechts vorn ausserordentlich prominirte; Einer war ein Hydrocephalus; Zwei waren Mikrocephalen; Zwei

[1]) Vortrag in der 39. Sitzung des psychiatrischen Vereins in Berlin.

hatten ein Caput carinatum. Die Anzahl der missbildeten Hirnkapseln wird vielleicht gering erscheinen, ich konnte mich jedoch bei den vielen Nuancen in der Bildung derselben nicht entschliessen, noch andere gerade als Missbildungen hinzustellen.

Die Augen habe ich immer auf das Pigment der Iriden angesehen. Relativ selten ist es ein homogenes. Oft besteht die Iris aus zwei deutlich von einander verschiedenen Farbenringen, einem scleralen und einem pupillaren; sodann waren oft in homogenem Pigment Sprenkel eines andern verstreut; drittens waren nicht selten diese beiden Spielarten in demselben Auge combinirt; viertens war, allerdings selten, auf homogenem Farbengrunde ein anderes Pigment, in radiären Stäbchen angeordnet, zu sehen. Iriden mit verschiedenen Farbenringen hatten 38; Sprenkel anderer Farbe auf homogenem Grunde 39; verschiedene Farbenringe und zugleich Sprenkel 8; radiär angeordnete Pigment-Strichelchen auf anders farbigem homogenen Grunde 2. Wie viel von diesen Spielarten der Pigmentirung der Iriden als von der Norm abweichend bezeichnet werden muss — die zwei letzten scheinen es am ehesten — wage ich nicht zu entscheiden. Vier litten an Strabismus.

An den Ohren war in 5 Fällen der Anthelix missbildet; in einem Falle waren sie verkrüppelt, in einem ungleich entwickelt, in einem waren sie überreich an knorplichen Vorsprüngen, in einem ganz verknorpelt, in einem waren sie abnorm klein, in einem fehlten die Läppchen. Othämatom war die Ursache in den einzelnen Fällen dieser Missbildung nicht; es wurde übrigens an 200 Kranken nur 2 Mal beobachtet.

Vollkommen symmetrische Nasen gab es relativ selten. An den verschiedenen Difformitäten derselben betheiligten sich ihre Knochen, ihre Knorpel und ihre Weichtheile in verschiedener Weise; an den schwersten bereits die Nasenbeine und die Spina nasalis anterior inferior, an den leichteren das knorpliche Nasengerüst, an den leichtesten nur die Weichtheile. 63 Mal hatte ich die Nase als schlechthin asymmetrisch gebaut, bezeichnet; 7 Mal als exquisit nach rechts, 7 Mal als nach links stehend. Die Nase betheiligt sich übri-

gens in einer Anzahl von Fällen an einer Difformität des Gesichtsskeletes, welche ich hernach etwas eingehender zu besprechen mir gestatten werde.

Kiefer und Zähne sollen in ihrem Wachsthum einander Schritt halten. Auf Kiefern mit gut ausgeschweiften Processus alveolares sind die Reihen der Zähne schön entwickelt. Wächst der Kiefer langsamer als die Zähne, so schieben sich letztere vor-, hinter- resp. neben einander. Unter dieser Incongruenz des Wachsthums leiden namentlich die Schneide- und Eckzähne, wohl zumeist deshalb, weil ihre Gestalt ein Verdrängtwerden vom Platz eher gestattet, als z. B. die der Backen- und namentlich der Mahlzähne, welche nicht selten wohl sehr fest neben einander stehen, aber seltener an einander ausgleiten. Es scheint jedoch, dass die gute Entwicklung der Zähne oft auch nur von der ursprünglichen Anlage der Alveolen abhinge, denn auf gut geformten Proc. alv. sieht man nicht selten doch irreguläre Zähne stehen und auf engen Proc. alv. noch reguläre Zahnreihen. In 6 Fällen waren die Schneide- und Eckzähne des Ober- und Unterkiefers vor- und hinter einander geschoben; in 5 Fällen wurde dies nur am Oberkiefer beobachtet, in 9 Fällen nur am Unterkiefer. In 2 Fällen waren auf dem Unterkiefer überhaupt nur 3 Schneidezähne zur Entwicklung gekommen. Ueberzählige Zähne wurden in einem Falle verzeichnet. In einem Falle waren die Zähne nur zu Stiften gediehen. In einem standen sie sehr weit auseinander. In einem Falle setzten die Kieferausschweifungen in ihrem Verlaufe nach hinten gewissermaassen ab, d. h. sie erweiterten sich plötzlich, um für die Mahlzähne Raum zu gewähren. In einem Falle liefen beide Kiefer nach vorn in spitze Winkel aus.

In 4 Fällen war der harte Gaumen sehr spitz und hoch.

In einem Falle war die Uvula und der weiche Gaumen in zwei Zipfel gespalten, welche an der hintern Rachenwand angewachsen waren und so gleichsam den Nasenraum und den Rachenraum bis auf eine chima von einander absperrten. Einmal hing an der Uvula ein förmlicher Knopf.

Die Zunge hatte in einem Falle ein abnorm langes Frenulum; einmal sprang es bis an ihre Spitze vor.

Unter den 200 Kranken befanden sich zwei Progenäen.

Das Gesichtsskelet in toto bietet eine Anomalie dar, welche ich in mehr oder weniger ausgesprochener Weise 14 Mal beobachtete; 7 Mal betraf sie die rechte, 7 Mal die linke Gesichtshälfte. Sie besteht darin, dass das Gesichtsskelet einer Seite in allen seinen Knochen kleiner ist, als das der andern, sei es vorzüglich in der Vertikalen, sei es in der Horizontalen. Die Hirnkapsel selbst betheiligt sich an dieser Anomalie nicht in jedem Falle. Man orientirt sich über diese Anomalie am besten, wenn man die wirklichen Mittelpunkte der einzelnen Gesichtstheile mit Kreuzchen markirt: die Mitte der Stirn, der Nasenwurzel, des Nasenrückens, der Nasenspitze, der Oberlippe, der Unterlippe und des Kinnes; man sieht dann, wie die Linie dieser markirten Mittelpunkte in einem Bogen von der idealen vertikalen Gesichtslinie nach rechts oder links abweicht. Die niedrigere Gesichtshälfte liegt in der Concavität der markirten Linie. Man kann mit dem Maass die Differenzen nachweisen und thut dies am besten so, dass man sich unter beiden Ohrläppchen entsprechende Punkte mit Kreuzchen markirt und von ihnen aus nach der markirten Gesichtsmittellinie misst; auf beiden Gesichtshälften werden dann die Maasse verschieden ausfallen. In ausgesprochenen Fällen ist sogar die Augenhöhle der kleineren Gesichtshälfte enger und steht tiefer, als die der andern Seite; auch das Ohr kann kleiner sein. Der Oberkiefer mit dem Jochbein scheint bei der Affection die Hauptrolle zu spielen, der Unterkiefer participirt, wenn auch nicht stets sehr auffallend, so doch immer mit.

Ich habe mich über diese Anomalie des Gesichtsskeletes in der Litteratur orientirt und habe dieselbe in *Zuckerkandl:* „Zur Morphologie des Gesichtsschädels, Stuttgart 1877“ erwähnt gefunden. Dieser sagt S. 127: „dass sich Asymmetrie hauptsächlich des knöchernen Nasengerüstes, neben Asymmetrie des Gesichtsskeletes, des Schädels, zumeist ohne diesen, finde“. Wenn nun auch *Zuckerkandl* in diesem Buche nicht gerade sagt, dass diese Asymmetrie des Gesichtsskeletes in einem halbseitigen Kleinersein einer Gesichtshälfte bestehe, so wird er dies doch wohl meinen, zumal er hervorhebt, dass

sich Asymmetrie des knöchernen Nasengerüstes neben ihr finde und in der That die von mir beobachtete Gesichtsdiffor- mität sich immer mit Schiefstand des Nasengerüstes verband.

Die Affection ist, wie bereits angedeutet, nur auf die Knochen der betreffenden Gesichtshälfte zurückzuführen, denn eine verminderte Gebrauchsfähigkeit der Sinnesorgane dieser Seite, eine Atrophie ihrer Weichtheile oder Innervations- störungen derselben, liessen sich nie nachweisen. Und fällt den Knochen der betreffenden Seite dieses Kleinersein einer Gesichtshälfte zur Last, so sind es die Nähte und Synchon- drosen, welche in der Knochenproduction mit denen der an- dern Seite nicht Schritt hielten resp. stenosirten. Denkt man sich den Oberkiefer und das Jochbein in seinem Knochen- wachsthum an den Nähten retardirt, so erklärt man sich leicht das Zustandekommen dieses Kleinerbleibens einer Ge- sichtshälfte. Der Proc. front. max. sup. der nicht im Wachs- thum retardirten Gesichtshälfte wird die Nasenwurzel nach der niedrigeren Gesichtshälfte hindrängen und so ihren Schiefstand bewirken; der Oberkiefer und das Jochbein bleiben kleiner und auch die geringere Ausschweifung des Unterkiefers findet eine Erklärung, wenn man sich einen Wachsthumsnachlass in der Nahtverbindung zwischen Schläfenbein und grossen Keilbeinflügel supponirt und so den Unterkiefer der betreffen- den Seite weniger weit in das Gesicht vorgeschoben denkt.

Betheiligen sich an der Stenosirung weitere Nähte der Schläfengrube, so resultirt, wie in dem Falle, den ich Ihnen vorzustellen mir gestatten werde, ein Kleinersein einer ganzen Schädelhälfte. Störungen in der Entwicklung der complicirten Nähte der Schläfengrube sind nicht selten und wäre vielleicht bei diesen Fällen an *Virchow*'s Stenokrotaphie zu denken in dem Sinne, wie sie *Zuckerkandl* in seinem citirten Werke auf- fasst, nämlich ohne Proc. frontalis des Schläfenbeins. Und wie häufig Nahtanomalien der Schläfengrube sind, dafür spricht die Mittheilung des Professor *Kupfer* (deutsche Gesellschaft für Anthropologie, Ethnologie und Urgeschichte zu Berlin, im August 1880), nach der er an einer Collection von Schädeln Geisteskranker in 40 % die Coronalnaht in ihrem Verlaufe abweichend fand, so, dass sie bei der Berührung mit der

Temporallinie sich knickend in diese einschwenkte, sie 2 bis 4 Cm. weit nach vorn verfolgte und dann erst sich zum 2. Male knickend, abwärts lief. Es ist ja wohl möglich, dass die Exemplare dieser Collection wegen ihrer Abnormitäten, und vielleicht gerade wegen dieser, gesammelt wurden, immerhin jedoch spricht der Befund für obige Ansicht.

Die Frage nach den speciellen Bedingungen, unter denen die Sistirung des Wachsthums dieser Nähte zu Stande kommt, dürfte zur Zeit kaum beantwortet werden können.

Dem Kleinersein einer Hirnkapselhälfte ist immer grosse Aufmerksamkeit geschenkt worden; das Kleinersein nur einer Gesichtshälfte scheint mir weniger beachtet. Beiden jedoch liegt dieselbe Ursache zu Grunde: das Stenosiren der Nähte, einmal mehr der Schädelkapselknochen, das andere Mal mehr des Gesichtsskeletes, oft genug beider zusammen.

Einseitiger Defect der Zähne oder Traumen können diese Gesichtsbildung vortäuschen.

Zur Section kam keiner der von mir beobachteten Fälle, so dass meine Erklärungen der Affection noch des Beweises warten.

Gestatten Sie mir jetzt die Demonstration dieser Patientin:

Die Kranke ist 36 Jahre alt, unverheirathet, war Nähterin. Ueber ihre Vergangenheit resp. hereditären Verhältnisse ist Nichts bekannt. Zu Folge ihrer grossen Verwirrtheit und der beständigen Monologe, in denen sie sich nicht unterbrechen lässt, ist ein Gespräch mit ihr nicht zu führen. Sie befindet sich bereits seit 12 Jahren in der Anstalt und hat sich seit dieser Zeit vielleicht nur insofern verändert, als sie seltener in Affect geräth. Sie eignet sich besonders noch aus dem Grunde gut zur Vorstellung, als sie mehrere der erwähnten Bildungsanomalien darbietet. Erstens ist ihr Schädel in toto auf der rechten Seite kleiner, als auf der linken und zwar zumeist in der Vertikalen; sodann hat sie einen Unterkiefer mit engem Proc. alv. und irregulären Zähnen; schliesslich hat sie im Pigment der rechten Iris einen jener erwähnten Sprenkel. Die Patientin ist klein. Die ganze rechte Hirnkapsel ist weniger umfangreich, als die linke, die Stirn rechts um

0,5 Cm. niedriger als links. In toto ist die Hirnkapsel nicht zu klein; der horizontale Umfang derselben unter den Tub. par. und front. über den äussersten Hinterhauptsvorsprung beträgt 54,1; der Umfang von Ohrwurzel über die Tub. par. zu Ohrwurzel 30,5; der von Nasenwurzel zu Spina occip. 33,0 Cm. Das rechte Auge steht viel tiefer als das linke; auch die rechte Augenhöhle scheint etwas niedriger zu sein, als die linke, wenigstens ist rechts die Lidspalte etwas niedriger, als links; die Augäpfel sind beide gleich gross. Patientin sieht gut. Das rechte Ohr ist nur 6,2 Cm. lang, während das linke 6,9 Cm. misst. Pat. hört gut. Die Iriden der Patientin sehen grau aus; um die Pupille befindet sich eine Zone gelben Pigmentes. In der rechten Iris nun ist ein Sprenkel braunen Pigmentes. Die Nasenwurzel steht in diesem Falle fast in der Mitte des Gesichtes, der Nasenrücken aber bildet in seinem Verlaufe einen mit der Convexität nach links gerichteten Bogen. Der rechte Nasenflügel steht tiefer, als der linke; der Nasensteg ist rechts voluminöser als links; das rechte Nasenloch ist länger und schmäler als das linke; die Spina nas. ant. inf. ist rechts deutlich fühlbar, links nicht. Auch die Mundspalte steht rechts ein wenig tiefer, als links. Der ganze rechte Oberkiefer ist niedriger, als der linke; dabei ist auf die Mangelhaftigkeit der Zähne wohl geachtet worden. Der harte Gaumen ist breit, der weiche eng. Der Unterkiefer ist auf beiden Seiten gleich hoch, er hat einen engen Proc. alv., seine Schneide- und Eckzähne sind irregulär nach vorn geschoben. Die Eckzähne stehen so weit vorn, dass man sie bei flüchtiger Betrachtung für Schneidezähne hält und die ersten Backenzähne für die Eckzähne. Die Weisheitszähne fehlen. Die Mittelpunkte der Stirn, der Nasenwurzel, des Nasenrückens, der Nasenspitze, der Ober- und Unterlippe, so wie des Kinnes, bilden einen, dies Mal nur wenig ausgeschweiften Bogen mit der Convexität nach links. Da hier das Kleinersein der rechten Gesichtshälfte sich zumeist in der Vertikalen, nicht so sehr in der Horizontalen geltend macht, so sind die Massdifferenzen von den beiderseitigen Ohrläppchen aus nach den markirten Gesichtsmittelpunkten auch nicht so bedeutend. Abgesehen von einem unbedeutenden systoli-

schen Geräusche am Herzen, das übrigens nicht bei jedem Schlage gehört wird, ist P. körperlich gesund, namentlich bietet sie Nichts dar, was auf eine frühere Allgemeinerkrankung, vornehmlich des Knochensystems, bezogen werden könnte.

An den Hälsen der Untersuchten fand ich nichts Besonderes.

Die Herzen boten Insufficienz der Mitralis 3 Mal, Insufficienz und Stenose der Mitralis 1 Mal, Aortenstenose 1 Mal dar.

Von Hernien fand ich 6 Mal Hernia inguinalis externa dextra; 5 Mal Hern. ing. ext. sin.; 6 Mal Hern. ing. ext. duplex; 1 Mal Hern. ing. int. dextra; 3 Mal Hernia ing. int. sin.

An den Genitalien fand ich: 1 Mal Kryptorchie, 1 Mal abnorm kleine Genitalien, 1 Mal abnorm kleine Testikel, 1 Mal abnorm kleinen Penis, 2 Mal abnorm langes Praeputium, 3 Mal war das Praeputium mit der Glans penis an der Corona glandis verwachsen. 8 Mal fand ich Phimose. 3 Mal abnorm kleines Orificium urethrae. 1 Mal beginnende Hypospadie.

5 Mal fand ich Kyphose, 4 Mal Skoliose, 1 Mal stand der Dornfortsatz des 1. Brustwirbels nach rechts.

Bezüglich der Extremitäten fand ich 1 Mal Fehlen des kleinen Fingers, 7 Mal Genu valgum, 15 Mal Pes planus, 1 Mal Pes varo-equinus, 1 Mal waren die zweiten und dritten Zehen mit einander verwachsen; 1 Mal waren die Zehen krallenförmig contrahirt; in einem Falle waren die Zehen des linken Fusses über und unter einander gewachsen.

An 24 Kranken konnte ich absolut Nichts entdecken, was mir mit Bezug auf die beschriebenen Verhältnisse als von normaler Entwicklung abweichend erschien.

Wollte ich nun an die Resultate, welche ich durch die Untersuchung von 200 Geisteskranken gewonnen, weitere Schlüsse knüpfen, Betreffs eines Bezuges zwischen diesen somatischen Anomalien und der Geistesgestörtheit, so musste ich zum Vergleich 200 geistig Nicht-Gestörte in ganz derselben Weise untersuchen, um zu sehen, ob sie bei voller geistiger Gesundheit nicht denselben Procentsatz von Bildungsanomalien darböten. Dies konnte ich nicht. Ich kam daher auf eine

Ausflucht: Von dem Gedanken ausgehend, dass die allgemeine progressive Paralyse eine Krankheit sui generis ist, die mit den übrigen Psychosen, welchen zumeist mehr oder weniger Veranlagte erliegen, wenig zu thun hat, im Gegentheil mit Vorliebe Männer befällt, welche sich durch gute Veranlagung und Resistenzfähigkeit auszeichneten, stellte ich die Befunde von 30 Kranken zusammen, welche an Paralyse litten und es ergab sich in der That ein geringerer Procentsatz von Bildungsanomalien; darnach bliebe also die Entwicklung der Nicht-Paralytischen von der Norm entfernter, als die der Paralytischen.

An den 30 Paralytischen fand ich:

Anomalien der Pigmentirung der Kopfhaare kein Mal, Ungleichmässigkeiten der Behaarung der allgemeinen Hautdecken kein Mal, Muttermale kein Mal, Caput carinatum ein Mal, Iriden mit verschiedenen Farbenringen kein Mal, Iriden mit Sprenkeln 4 Mal, Iriden mit verschiedenen Farbenringen und Sprenkeln ein Mal, gestrichelte Iriden kein Mal, Strabismus kein Mal, abnorme Ohren kein Mal, asymmetrische Nase zwei Mal, Irregularität der Schneide- und Eckzähne zwei Mal, Herzfehler kein Mal, Hernien ein Mal, das Praeputium mit der Corona glandis verwachsen ein Mal, Kyphose kein Mal, Genu valgum und Pes planus je ein Mal; an sieben Paralytischen fand ich Nichts, was mir von der Norm abzuweichen schien.

Aber auch abgesehen von der Statistik dieser wenigen Fälle, welche, als an Untersuchungsresultaten lebender Wesen gewonnen, die keine gleichwerthigen Factoren darstellen, immer misslich ist: auch unter Berücksichtigung der Dignität jedes einzelnen Falles, habe ich mir während der Untersuchungen ein Urtheil bilden müssen, welches mit dem übereinstimmt, das man sich nach den gewonnenen Zahlen bilden muss, dass nämlich die Nicht-Paralytischen mehr Bildungsanomalien darbieten, als die Paralytischen und um das Tertium comparationis zu ziehen, als die geistig Gesunden. Das Resultat würde geeignet sein, den pathogenetischen Unterschied zwischen Paralyse und den übrigen Psychosen mit hervorzuheben.

So verschiedene Organe ich in meinem Vergleiche herangezogen habe, das Gehirn wurde von mir mit Stillschweigen übergangen. Sollten sich nicht, entsprechend den Bildungsanomalien der verschiedensten Organe des von mir untersuchten, zumeist aus chronisch Verrückten bestehenden Materials, in deren Gehirn man bei der Section so wenig zu finden pflegt, bei genauester Obduction auch in ihm Bildungsanomalien finden? So oft ich die Hirne Verrückter untersucht habe, ist es mir vorgekommen, als ob sie im Arrangement der Windungen zu suchen wären. Zu bestimmten Behauptungen jedoch in dieser Richtung fehlt mir noch das genügende Material.

Zum Schluss genüge ich der angenehmen Pflicht, meinem verehrten Chef, dem Director der Anstalt, Herrn Sanitätsrath Dr. *Ideler*, meinen ergebenen Dank für die liberale Ueberlassung des von mir benutzten Materials, auszusprechen!

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

---

13. Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte am 16. und 17. Oktober 1880 im Hotel zum Erbprinzen in Karlsruhe.

Anwesend die Herren: *Arnsperger*-Pforzheim, *Beck*-Karlsruhe, *Eichler*-Kennenburg, *Ekkardt*-Klingenmünster, *Feldbausch*-Pforzheim, *Fischer I*-Pforzheim, *Fischer II*-Pforzheim, Geheime Referendär *Frey*-Karlsruhe, *Fürstner*-Heidelberg, *Hofmann*-Karlsruhe, *Jolly*-Strassburg, *Kaiser*-Karlsruhe, *Kirn*-Freiburg, *Kretz*-Illenau, *Kreuser*-Winnenthal, *Landerer*-Kennenberg, *Loechner*-Klingenmünster, *Molitor*-Karlsruhe, *Moeller*-Heppenheim, *Neumann*-Karlsruhe, *Pisat*-Karlsruhe, *Roller*-Strassburg, *Schüle*-Illenau, *Schuler*-Stuttgart, Direktor des Gr. Verwaltungshofs *Seyfried*-Karlsruhe, *Stark*-Stephansfeld, *Volz*-Karlsruhe, *Wittich*-Heppenheim, *Zacher*-Heidelberg.

1. Sitzung den 16. Oktober Nachmittags 3 Uhr.

Herr Geschäftsführer *Fischer I* eröffnet und begrüsst die Versammlung. Seit dem letzten Zusammensein hat der Tod die Herren *Dick*, *Binswanger* und *Crailsheim* entrissen; zu Ehren ihres Andenkens erhebt sich die Versammlung von den Sitzen. Den Vorsitz übernimmt durch Acclamation gewählt Herr *Fischer I;* zu Schriftführern werden die Herren *Kreuser* und *Zacher* bestimmt.

Herr *Fürstner* eröffnet die Reihe der Vorträge: Ueber Delirium acutum.

Redner berichtet über 3 in jüngster Zeit von ihm beobachtete Fälle, die er als Delirium acutum auffassen zu müssen glaubt. Bei dem ersten entwickelte sich nach einem gewöhnlichen maniakalischen Prodromalstadium, bei dem zweiten im Verlaufe einer hallucinator. Verrücktheit, bei dem dritten während des Verlaufs einer Manie ein Symptomencomplex, der durch folgende Erscheinungen charakterisirt war: excessiv gesteigerte, ganz sinnlose Muskelthätigkeit, anhaltend bis zum lethalen Ausgang, sodann auffallende Spannung und Starre der Muskulatur, die sich besonders stark bei excessiven Bewegungen bemerkbar machte, hartnäckigste Nahrungsverweigerung, eine hohe und sehr unregelmässig remittirende Temperatursteigerung, frühzeitiger Collaps, Decubitus. Eine Blutuntersuchung ergab

bei Lebzeiten: Auffallend dunkle Färbung, trotzdem mikroskopisch eine ganz enorm schnelle Fibrinausscheidung.

Die Obduction ergab in Fall I und II von Seiten des Gehirns und Rückenmarks makroskopisch und mikroskopisch ein absolut negatives Resultat, ebenso in den übrigen Organen, dagegen eine ausgedehnte wachsartige Degeneration der gesammten willkürlichen Muskulatur, die makroskopisch sofort in die Augen fiel.

In Fall III, der am Leben blieb, wurde an mehrfach excidirten Muskelstückchen, z. B. Biceps, Rectus femor., intensive körnige, dagegen keine wachsartige Degeneration nachgewiesen.

In Bezug auf die Details, namentlich auf die Schlussfolgerungen, die Redner über die klinische Auffassung des sogenannten Delirium acutum zieht, sei auf die in extenso im Archiv für Psychiatrie erscheinende Arbeit hingewiesen.

Zahlreiche mit Haematoxylin, Carmin, Borax-Carmin behandelte mikroskopische Präparate wurden demonstrirt.

Herr *Jolly:* Ueber die staatliche Fürsorge für Epileptiker.

Der Vortrag wird an anderer Stelle ausführlich veröffentlicht werden. Als Ergebniss desselben sei hier angeführt, dass der Vortragende für die auf öffentliche Kosten zu versorgenden Epileptiker nicht sowohl gemeinsame, alle Kategorien dieser Kranken umfassende Anstalten eingeführt sehen möchte, als vielmehr eine Fürsorge in folgender Weise empfiehlt:

1. Ermöglichung unentgeltlicher, poliklinischer Behandlung für die noch erwerbsfähigen, aber unbemittelten Epileptiker.

2. Einrichtungen besonderer Abtheilungen für Epileptiker an allen grösseren Spitälern zur Aufnahme derjenigen Kranken, welche durch ihre Krankheit arbeitsunfähig geworden sind, bei welchen aber noch Aussicht entweder auf völlige Wiederherstellung, oder wenigstens auf Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit besteht.

3. Aufnahme der geisteskranken Epileptiker in die Irrenanstalten.

4. Versorgung der unheilbaren, erwerbsunfähigen Epileptiker, je nach den örtlichen Verhältnissen in den allgemeinen Siechenhäusern, Pflege- oder Pfründneranstalten, in welchen sie aber am Besten in geordneten Abtheilungen unterzubringen sind.

Auch die einfach blödsinnigen Epileptiker ohne Aufregungszustände können in solchen Anstalten untergebracht werden.

5. Für Epileptiker im Kindesalter Errichtung besonderer Abtheilungen in Verbindung mit den bestehenden Idioten-Anstalten.

In der sich anschliessenden Debatte betont Herr *Kirn*, dass unheilbare Epileptiker mit und ohne psychische Störung in gemischten Anstalten sich gut befinden. In diesen lässt sich eine versuchsweise Behandlung leicht durchführen.

Herr *Fischer I* macht darauf aufmerksam, dass störenden Epileptikern in den Pflegeanstalten die Aufnahme meist versagt wird.

Herr *Fürstner* hebt hervor, dass die epileptischen Säufer für eine Spitalbehandlung im Sinne *Jolly*'s schwer taugen.

Herr *Stark* ist mit den gemachten Vorschlägen einverstanden; an den meisten Irrenanstalten bestehen schon eigene Stationen für Epileptische.

Die Behandlung der Epileptiker betreffend fragt Herr *Fischer I* nach den Erfahrungen mit Brom-Ammonium; er selbst hat von geringeren Dosen bessere Erfolge gesehen, als von Bromkali, auch fehlten die unangenehmen Nebenerscheinungen des letztern.

Diese günstigen Resultate werden auch von anderer Seite bestätigt.

Auf eine Anfrage Herrn *Schüle*'s erklärt Herr *Jolly*, dass er bei Anlegung der Stationen für Epileptiker in Parterreräumlichkeiten mit den gewöhnlichen Isolirzimmern besondere Vorrichtungen nicht für nöthig erachte. Die betr. Station ist natürlich dem Chef der Irrenabtheilung des Spitals zu unterstellen.

Die Nothwendigkeit letzterer Verbindung betont Herr *Fürstner*.

Der dritte Vortrag von Herrn *Kirn:* Mittheilungen über in der Strafanstalt beobachtete Seelenstörungen wird im Wortlaut in dieser Zeitschrift erscheinen.

Schluss der Sitzung Abends 6 Uhr.

2. Sitzung den 17. Oktober Morgens 9 Uhr.

Den Vorsitz übernimmt, da Herr *Fischer I* abgereist ist, Herr *Jolly*.

Demonstration mikroskopischer Präparate von Herrn *Fürstner* zur Ergänzung des gestrigen Vortrags.

Vortrag des Herrn *Schüle:* Ueber die Behandlung der unreinlichen Geisteskranken.

Vgl. diese Zeitschr. Bd. 36 S.

Discussion.

Herr *Fürstner* hat von der Erfahrung ausgehend, dass Maniaci anfangs meist nur bei Nacht schmieren, Versuche gemacht mit heller Beleuchtung der Schlafräume theils mit, theils ohne Erfolg. Sicherer erwies sich die Aufhebung der Isolirung. — Verrückte, besonders sexualkranke Frauen, die an Obstipation leiden, beginnen das Schmieren häufig damit, dass sie den Koth mit den Fingern zu entfernen suchen, was bei der Behandlung zu beachten ist. Von mechanischer Beschränkung verspricht er sich keinen Erfolg, dagegen strebt er danach, auch solche Kranke möglichst viel in Gesellschaft zu halten. Ganz ungeeignet erscheinen ihm dagegen in solchen Fällen die Narcotica zur Bekämpfung des Schmierens.

Herr *Stark* hat in 4 Fällen Versuche mit Hyoscyamin gemacht, ohne jeglichen Erfolg. Er legt namentlich auch Werth auf gemeinschaftliches Leben der Kranken.

Herr *Jolly* scheut sich nicht vor Anwendung von Beschränkungsmitteln, wo er sich Erfolge davon versprechen kann; gegen das Symptom des Schmierens hält er sie für unzulänglich. — Narcotica perhorrescirt er nicht so sehr, wie Herr *Fürstner*.

Herr *Schüle* hält seine Ansicht den Einwürfen, namentlich von Seiten Herrn *Fürstner*'s gegenüber, aufrecht.

Es folgte nun die Demonstration des erweiterten Planes von Stephansfeld und des Planes von Hördt mit historischen und sachlichen Erläuterungen durch Herrn *Stark*.

Der Vortrag des Herrn *Roller:* Ueber die spinalen Wurzeln der cerebralen Sinnesnerven wird in extenso in dieser Zeitschrift erscheinen.

Herr *Jolly* demonstrirt eine von Herrn Dr. *Witkowski* in Strassburg angegebene Elektrode zur Behandlung des Kopfes. Dieselbe ist aus der 10 Cm. langen und 5 Cm. breiten, plattenförmigen, mit Schwamm überzogenen Elektrode hervorgegangen, wie sie *Erb* für Behandlung des Rückenmarks empfohlen hat.

Die Platte hat aber in der Längsrichtung eine ungefähr der Convexität der Stirne entsprechende concave Krümmung erhalten.

Da sie jedoch in ihrer starren Form sich nicht hinreichend den verschieden gewölbten Schädeln anschloss, wurde noch eine zweite Modification aus dünnerem, biegsamerem Blech hergestellt, die sich nun bequem jeder beliebigen Stirnkrümmung adoptiren lässt.

Auch bei der elektrischen Behandlung anderer Körpertheile, namentlich der Gelenke, erweisen sich diese Elektroden als vortheilhaft.

Was die Resultate bei Behandlung des Kopfes bei Geisteskranken betrifft, so hat sich im Ganzen der constante Strom weniger erfolgreich gezeigt, als der faradische, welcher letztere namentlich bei Schmerzen und sonstigen lästigen Sensationen im Kopfe häufig ein sehr bemerkbares palliatives Mittel ist.

Zum Ort für die nächste Versammlung wird wieder Karlsruhe bestimmt und zu Geschäftsführern die Herren *Fischer I* und *Fischer II* wieder gewählt.

Als Themata für die nächste Versammlung werden aufgestellt: die Frage der Polsterzellen und die Behandlung der Aufregungszustände durch hydropathische Einwicklungen. Das Referat für die erste Frage übernimmt Herr *Fischer II*, für die zweite Herr *Fürstner*.

Schluss der Versammlung. Dr. *Kreuser*.

Bericht über die 39. Versammlung des psychiatrischen Vereins in Berlin am 15. December 1880.

Beginn der Sitzung 2 Uhr. Es waren anwesend die Herren: *Dörrenberg*-Schweizerhof, *Edel*-Charlottenburg, *Falk*-Berlin, *Filter*-Charlottenburg, *Fröhlich*-Berlin, *Gock*-Eberswalde, *Grunewald*-Potsdam, *Hirsch*-Magdeburg, *Jastrowitz*-Berlin, *Laehr*-Berlin, *Laehr*-Schweizerhof, *Liebert*-Charlottenburg,

Mendel-Berlin, *Müller*-Blankenburg, *Richter*-Dalldorf, *Schmidt*-Sorau, *Schroeter*-Dalldorf, *Sponholz*-Charlottenburg, *Stenger*-Dalldorf, *Wernicke*-Berlin.

Nach Mittheilungen geschäftlicher Mittheilungen durch den Vorsitzenden *Laehr* ersucht derselbe Dr. *Dörrenberg*, an Stelle des durch Krankheit verhinderten Dr. *Schaefer* das Protokoll zu führen. Als Mitglieder werden auf ihre Meldung aufgenommen: Dr. *Reinhardt* und *Stenger*-Dalldorf, *Schmidt*-Sorau.

Dr. *O. Müller*, Ein Fall von Gynäkophobie und die psychischen Furchtzustände.

Eine interessante Gruppe psychischer Erkrankungen sind für den Arzt die psychischen Furchtzustände. Ueber ihre physiologisch-pathologische Basis sind wir noch wenig aufgeklärt. Als Nebenerscheinungen finden wir das Symptom einer krankhaft gesteigerten Angst oder Furcht bei einer grossen Anzahl von Psychosen. Mehr oder weniger beobachten wir es bei der Melancholie, in Folge von Wahnideen, in den Initialstadien der progressiven Paralyse u. s. w.

Es giebt jedoch zahlreiche Neuropathieen, deren wichtigste, man kann in einzelnen Fällen fast sagen, einziges psychisches Symptom eine krankhafte Furcht vor bestimmten Personen oder Gegenständen u. s. w. ist.

Dieselbe darf nicht durch irgend eine versteckte oder offene Wahnidee bedingt sein. Bei den Psychopathieen, um welche es sich hier handelt, ist die Intelligenz des Kranken völlig intact. Er steht über seiner Krankheit; er empfindet dieselbe als eine ihm höchst lästige peinliche Störung seiner psychischen Gesundheit. Er sucht die ihm unangenehmen Angst- resp. Furchtzustände zu beherrschen, ohne es zu können und geräth dabei in immer grössere Unruhe und Erregung.

Diese Erkrankungen zeigen einen typischen Charakter, jedoch mit transitorischen Remissionen und Exacerbationen.

Eine häufiger beobachtete und von *Westphal* und *Cordes* näher beschriebene und charakterisirte Form dieser psychischen Furchtzustände (Psychophobieen) ist die Agarophobie [1]).

Häufig haben wir im Laufe der Jahre diese und analoge Zustände zu beobachten und zu behandeln Gelegenheit gehabt. Sie sind, wenn auch langsam, doch im Allgemeinen heilbar.

Im Laufe dieses Jahres haben wir nun einen Fall zur Behandlung bekommen, der ein ganz besonderes symptomatologisches Interesse hat und den ich mir mitzutheilen hier erlauben will, um daran einige Bemerkungen über die specifische Form dieser Erkrankungen zu knüpfen.

Der Fall, um den es sich handelt, ist folgender: Patient ein Mann von 63 Jahren, hoher Beamter, neuropathisch belastet, ist seit Februar dieses Jahres erkrankt. Im Ganzen gut und kräftig entwickelt, von gesunder Farbe, ist er körperlich niemals erheblich krank gewesen. Nur an

[1]) Bd. III des Archivs für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.



Verdauungsstörungen hat er seit seiner Jugend häufig zu leiden gehabt. Er ist seit 5 Jahren zum zweiten Male verheirathet. Aus erster Ehe stammt eine Tochter, die zweite Ehe ist kinderlos, aber eine sehr glückliche bis jetzt gewesen.

Pat. hat geistig viel gearbeitet, ist ein grosser Verehrer der Musik, mit der er sich in seinen Mussestunden gern beschäftigt hat.

Im Februar dieses Jahres traten die Verdauungsstörungen hartnäckiger auf. Gleichzeitig entwickelte sich neben Schlaflosigkeit eine trübe reizbare Stimmung, die auch gegenwärtig noch fortdauert und mehr und mehr ein hypochondrisches Gepräge angenommen hat.

Am 28. März hatte Patient eine heftige Aufregung mit nachfolgender grosser Ermattung und Abspannung. Seit diesem Tage ist es ihm unmöglich, irgend ein weibliches Wesen zu sehen oder auch nur zu hören, ohne in die grösste innere Unruhe und Angst versetzt zu werden. Er hat eine fast kindische Furcht und Idiosynkrasie vor einem jeden Frauenzimmer, am meisten aber vor seiner eigenen, ihm theuren Gattin, die er auf das Dringendste gebeten hat, sich von ihm fern zu halten, um ihm nicht die schlimmsten Beängstigungen und einen höchst peinvollen Zustand durch ihre Nähe zu verursachen. Die Frau hat dem dringenden Bitten ihres Mannes nachgeben müssen und lebt seit dieser Zeit fern von ihm. Er erkundigt sich durch seinen Diener nach ihrem Ergehen, beide Eheleute wechseln Briefe mit einander und sind voll gegenseitiger Liebe und Verehrung für einander; aber es darf nicht von ihr oder von irgend einer anderen Frau gesprochen werden, ohne dass Patient bittet, man möge davon aufhören, wenn man ihm nicht beunruhigen und quälen wolle. Da jeder Lärm, jedes helle Licht bei der grossen Reizbarkeit der betreffenden Sinnesnerven ihm unangenehm ist, so lebt Pat. seit einem halben Jahre auf seinem Zimmer bei geschlossenen Vorhängen und ist nur mit Mühe zu bewegen, dasselbe zu verlassen, um auszufahren, einen Spaziergang zu machen, zu baden u. s. w. Es müssen dann stets die nöthigen Vorsichtsmaassregeln ergriffen sein. Pat. setzt eine dunkele Brille auf, drückt sich den Hut in's Gesicht, sein Diener muss ihn beim Spaziergange im Walde darauf aufmerksam machen, sobald irgend ein weibliches Wesen zu erblicken ist. Ist es dann doch zuweilen vorgekommen, dass ein Zufall ein Frauenzimmer in seine Nähe geführt hat, so haben sich Herzklopfen, Wallungen, Röthung des Gesichts, trockene Zunge, Gurren im Leibe, Uebelkeit, Neigung zum Erbrechen und Durchfall eingestellt; der Kranke ist wie von Schreck gelähmt worden, kurz ein Zustand ganz analog demjenigen, den ein Gesunder in Folge eines plötzlichen Schrecks zu haben pflegt.

Die Versuche, die von Seiten der Angehörigen und Freunde gemacht sind, die krankhafte Scheu direct zu bekämpfen, haben keinen Erfolg gehabt. Patient hat den Appetit verloren, Schlaflosigkeit und Unruhe nahmen zu und er war nur noch schwerer zu bewegen, sein Zimmer zu verlassen u. s. w.

Anamnestisch ist Folgendes zu berichten. Der gegenwärtige Anfall von Gynäkophobie ist der dritte und stärkste im Verlaufe von 38 Jahren. Im Alter von 25 Jahren fand der erste leichte Anfall des Leidens, aber noch in ganz unbestimmter Form, statt. Pat. gab sehr ungern einer Dame die Hand, mied ihre Nähe. Verdauungsstörungen, hypochondrische Stimmung, Schlaflosigkeit zeigten sich. Dann völlige Genesung, so dass er sich, 30 Jahre alt, verheirathete, lebte mit der Frau glücklich, es wurde eine Tochter geboren, welche gesund und jetzt verheirathet ist. Nach 8jähriger Dauer der Ehe, also im 38. Lebensjahre, kam nach längeren hypochondrischen Vorboten der erste wirkliche Anfall von Gynäkophobie. Nach dem Gebrauche einer $^1/_2$jährigen Wassercur trat völlige Heilung ein. Patient war dann lange Jahre völlig gesund. Im Jahre 1870 erkrankte die Frau und starb. Pat. verheirathete sich im Jahre 1873 zum zweiten Male. Ein Jahr nach der Verheirathung wiederum ein Anfall des Leidens, der nach einem Aufenthalte in Salzburg nach 3monatlicher Dauer verschwand. Dann wieder gutes Befinden bis Januar 1880, dann auf's Neue hypochondrische Verstimmung und der eben beschriebene Anfall.

Die vorgenommene Untersuchung ergiebt

Respirationsorgane: gesund bei gut entwickeltem Thorax.

Circulationsorgane: Herz nicht vergrössert, keine abnormen Geräusche; I. Ton etwas abgeschwächt. Grosse Irritabilität des ganzen Gefässsystems, Puls zwischen 84—65 schwankend. Neigung zu Fluxionen, im Zustande der Erregung plötzliche intensive Röthung der Haut am Halse, urticariaartige Flecke am Kinn, grosse Neigung zum Schwitzen. Puls regelmässig, bald voll und gespannt, bald weich und klein, je nach Stimmung sehr wechselnd. Im Beginne der Krankheit und früher öfter Hämorrhoidalblutungen, jetzt seit längerer Zeit nicht mehr.

Digestionsorgane: Zunge gelblich-grau belegt, im Gewebe zitternd, leichte Zahneindrücke. Sehr häufig bitterer, unangenehmer Geschmack im Zustande der Erregung bei oft trockener Zunge. Früher eine Zeit lang Speichelfluss, jetzt nicht mehr so stark. Leber nach links vergrössert, Regio epigastrica aufgetrieben, in hohem Grade empfindlich. Druck ruft sehr unangenehme Empfindungen von Beängstigung hervor und starkes Gurren der Eingeweide, viel Blähungen. Kein vermehrter Durst, aber sehr häufiges oft krampfiges Urinlassen. Stuhlentleerungen sehr träge, oft unverdauete Speisereste führend, nur durch künstliche Mittel hervorgerufen, Farbe meist sehr dunkel und übelriechend. Rechtseitiger Leistenbruch seit einem Jahre durch Husten entstanden. Seit dem Beginne der Erkrankung geringe Abmagerung. Auch der untere Theil des Abdomens empfindlich und etwas gespannt.

Harn-Sexualorgane: Niemals syphilitisch gewesen, viel Urin (kein Zucker, Spuren von Eiweiss). Rechter Hoden etwas atrophisch. In gesunden Tagen sexuell erregt, jetzt das Gegentheil.

Central-Nervensystem: Schädel wohlgebildet, keine Kopfnarben,

Haar dünn, kein Kopfschmerz. Schlaf sehr unruhig und selten erquickend. Ohnmachten sollen zuweilen in der Erregung vorgekommen sein, keine Lähmungen, keine Krämpfe. Electrische Erregbarkeit nicht herabgesetzt, an einigen Stellen des Rückens (Spinalneuralgie im Bereiche des I. und II. Lendenwirbels) erhöht. Keine locale Anästhesien, Reflexerregbarkeit gesteigert, öftere Zuckungen in den Muskeln der unteren Extremitäten, namentlich nach längeren Spaziergängen, leichte Ermüdbarkeit. Gegen Geräusche und Licht sehr empfindlich. Intelligenz völlig intact, vorzügliches Gedächtniss, scharfer Verstand. Stimmung gedrückt und hypochondrisch. Melancholische Symptome fehlen. Neigung, sich geistig zu beschäftigen. Keine Spur von Wahnideen.

Fragen wir nun nach den physiologischen Bedingungen des psychopathischen Zustandes, so hat sich derselbe ohne Zweifel auf dem Boden eines chronischen Gastro-Duodenalkatarrhs entwickelt, mit dessen Exacerbation die psychische Verstimmung zur Entwickelung gelangt ist. Daneben besteht aber eine sehr bedeutende reflectorische Erregung des vasomotorischen Nervensystems, unter derem Einflusse Patient sich in beständiger krankhafter Erregung und Beängstigung befindet. Das Herzklopfen, die beständigen Wallungen, die stationäre Röthung am Halse, das häufige Urinlassen, das Muskelzucken in den unteren Extremitäten, Erbrechen, Uebelkeit, die oft mit Schweiss bedeckte Haut — die an das Schwitzen bei der Morphiumsucht erinnert — sind auf Abnormitäten der Blutcirculation und wahrscheinlich auch der Blutmischung zurückzuführen. Gehirn und Rückenmark erscheinen dabei relativ gesund zu sein oder nur durch Reflexerregung in Mitleidenschaft gezogen zu sein. Die langjährigen Intervalle völliger Gesundheit und körperlicher und geistiger Frische sprechen dafür und lassen auch hier keine ungünstige Prognose stellen.

Das Leiden hat nach meiner Meinung gewisse Analogien mit einer uns bekannten durch Intoxication hervorgerufenen, mit ganz specifischen Furchtsymptomen verlaufenden, leider stets letal endenden Neurose, ich meine mit der Hydrophobie. Ebensowenig wie es sich etwa dabei um die Wahnidee, kein Wasser sehen zu können, sondern um für uns noch unaufgeklärte specifische Entmischungsvorgänge im Gefässsysteme und daraus hervorgehende ganz charakteristische neuropathische Erscheinungen handelt, so werden vielleicht auch hier Anomalien der Blutbildung und Ernährung des Nervensystems eine Rolle spielen, von deren Wesen wir noch nichts wissen. Nur so ist es zu erklären, dass ein geistreicher und hochgebildeter, körperlich kräftig und gut entwickelter Mann vorübergehend von einem so eigenthümlichen Nervenleiden heimgesucht werden kann, das für ihn selbst eine Qual und das grösste Räthsel ist.

Der Grundcharakter des ganzen Leidens ist ein auf hypochondrischem Boden gewachsener Angstzustand. Die genaueste Untersuchung ergiebt keine wesentliche Erkrankung innerer Organe, aber eine ausgesprochene Hyperästhesie des sympathischen Nervensystems.

Hieran knüpfte sich eine eingehende Besprechung des eigenthümlichen Falles.

Discussion.

Edel hält die Psychophobie nicht für eine besondere Krankheitsform, sondern für eine Art der Zwangsvorstellungen, und erinnert an den gewiss allen Anwesenden bekannten Fall eines Berliner Collegen mit wechselnden Zwangsvorstellungen.

Müller: Man könne den vorgetragenen Fall nicht unter die allgemeine Kategorie der Zwangsvorstellungen bringen. Dort beherrsche eine Einzelvorstellung das Denken, in seinem Falle sei statt dessen ein allgemeines Gefühl vorwaltend. Wie bei der Hydrophobie die Idee des Wassers, so errege hier die Idee des Weibes die heftigste Angst. Ausserdem sei hier die Prognose ziemlich günstig im Gegensatz zu den Zwangsvorstellungen.

Mendel: Es sei gewiss sehr dankenswerth, derartige ungewöhnliche Fälle zu registriren und genauer zu beschreiben, aber eine Klassificirung und Erklärung sei für den Augenblick wohl noch unmöglich. Wäre die Furcht eine Folge vasomotorischer Störungen, so müsste sie ein hervorstechendes Symptom sein bei vielen Krankheiten, z. B. bei Morb. Basedow. Der Vergleich mit Hydrophobie sei unthunlich, da hier ein besonderes Virus vorliege.

Hirsch fragt, wie Patient selbst seine Angst motivire.

Müller: Patient weiss nichts Specielles darüber anzugeben. Es ist ein ganz allgemeines Angstgefühl, wie es sonst beherzte Leute wohl vor einem Examen empfinden. Pat. weiss, dass nach jedem Anblick eines Weibes eine Reihe schwerer Zustände auftritt, und sucht daher jedes Zusammentreffen, ja den Gedanken daran, ängstlich zu vermeiden. Im Besonderen ist ihm kein einzelnes Weib, keine einzelne weibliche Eigenschaft unangenehm.

Hirsch findet eben darin, dass der Anblick der Frauen schadet, eine Wahnvorstellung.

Müller: Dies ist kaum anzunehmen, da schon die blosse Nennung eines weiblichen Namens die Angst erzeugt.

Jastrowitz wünscht die Genese des Falles zu erfahren und findet eine Zwangsvorstellung vorliegend, dem Mal de toucher vergleichbar. Die vasomotorischen Störungen können Begleiterscheinungen sein. Uebrigens seien Zwangsvorstellungen heilbar. R. führt einen bekannten Fall an.

Müller rechnet die Psychophobie in die grosse Kategorie, zu der auch die Agoraphobie, das Mal de toucher etc. gehört. Dieser Fall unterscheide sich aber von den gewöhnlichen Zwangsvorstellungen auch dadurch, dass Pat. nicht immer davon erfüllt ist und davon spricht. Uebrigens bringe Druck auf das Epigastrium leichte Angstzustände derselben Art zu Wege, wie der Anblick von Weibern. Die Aehnlichkeit mit der Hydrophobie iege nur in der Allgemeinheit der Angst, die auch bei anderen Vergiftungen vorkäme, z. B. bei Kohlenoxyd- und Kohlensäurevergiftungen. Die

Prognose ist nach den vorangehenden Besserungen als günstig zu betrachten.

Jastrowitz: Bei den übrigen in diese Gruppe gehörigen Krankheiten kommen auch abnorme Gefühle in der Magengegend vor. Redner kennt einen Fall, wo dies das erste Symptom war, und macht auf die bei Magenleidenden vorkommenden psychischen Symptome aufmerksam.

Gock fragt, ob therapeutische Versuche, die vasomotorische Störung betreffend, gemacht wären.

Müller: So viel er wisse, nein.

Gock führt einen ähnlichen Fall an, der von Prof. *Wagner* als männliche Hysterie bezeichnet und mit Atropin behandelt wurde. Doch habe diese Behandlung den Zustand eher verschlimmert.

Müller: Es sei dies möglicher Weise derselbe Fall, da auch sein Patient von Prof. *Wagner*, aber ohne Erfolg, behandelt sei.

Dr. *Richter:* Ueber Missbildung bei Geisteskrankheiten [1]).

Discussion.

Mendel: Er sei zu demselben Schluss gekommen, dass bei Paralyse weniger Missbildungen vorkommen, als bei anderen psychischen Krankheiten. Aufgefallen sei ihm die grössere Zahl von sogar erheblichen Hypospadien bei Paralytikern. Wolle man an einen causalen Zusammenhang denken, so könne man die übermässige Anstrengung beim Coitus als mögliche Ursache nennen. Die Fälle betrafen fast nur verheirathete Männer.

Laehr fragt, ob die *Richter*'schen Beobachtungen auch Idioten umfassen.

Richter: Die Fälle sind der männlichen Abtheilung der Irrenanstalt entnommen, auf der keine Idioten sind.

Dr. *Dörrenberg:* Beobachtungen über Hyoscyaminwirkungen bei Geisteskranken.

Ich erlaube mir hier in Kurzem einige Erfahrungen mitzutheilen, die in Schweizerhof bei Anwendung des Hyoscyamins gemacht wurden.

Die Fälle, bei denen die beruhigende Wirkung des Mittels versucht wurde, im ganzen 10 an der Zahl, waren: Frische primäre Manie (1), periodische Manie (2), Erregungszustände bei chronischen und sekundären Geistesstörungen (4), Mel. agitans (1), Katatonie (1) und motorische Unruhe nach Alkoholmissbrauch (1).

Anfangs wurden von dem Präparate (amorphes Hyoscyamin in 1 % Lösung) morgens und abends je 2 Mgr. subcutan injicirt und Pulsfrequenz und Temperatur gleichzeitig und nach Verlauf von $^3/_4$ und $1^1/_2$ Stunden beobachtet. Es ergab sich dabei für den ersten Zeitabschnitt meist eine geringe Abnahme sowohl der Pulsfrequenz (bis 8 pr. M.) wie der Temperatur (um ca. 0,3°), die sich dann im zweiten Zeitabschnitt meist wieder ausgeglichen oder auch einer geringen Erhöhung beider Platz gemacht

[1]) Der Vortrag wird ausführlicher in dieser Zeitschrift mitgetheilt.

hatte. Nach längerem (ca. 8tägigem) Gebrauche wurde die anfängliche Abnahme von Pulsfrequenz und Temperatur seltener und trat schliesslich meist sofort eine Erhöhung ein.

Da die täglich zweimalige Injection die Kranken sehr erregte und so die event. Wirkungen verdeckt werden konnten, wurden erhöhte Dosen in grösseren Intervallen gegeben, bis zu 10 Mgr. täglich, ohne dass nachtheilige Folgen sich gezeigt hatten.

Was nun die beruhigende Wirkung anlangt, so war diese im Allgemeinen um so grösser, je weniger das Gemüthsleben an der Erregung betheiligt war: sie versagte ganz bei dem Fall von Mel. agitans, war sehr gering bei der primären Manie und der Katatonie und auch bei den übrigen maniakalischen Erregungszuständen unzuverlässig und wenig nachhaltig, also der des Morphium in diesen Fällen entschieden untergeordnet. Dagegen war in dem letzterwähnten Falle, wo nach Abus. spirit. sich bei grosser Benommenheit ein Erregungszustand rein motorischer Art, mit Umherlaufen, Vorsichhinsprechen, Zupfen und zeitweilig Zerreissen ausgebildet hatte, die Wirkung sehr prompt. Nach einer Dosis von 10 Mgr. legte sich die Unruhe innerhalb $\frac{1}{4}$—$\frac{1}{2}$ Stunde und zwar bedurfte es meist erst am zweiten Tage einer Wiederholung der Injection. Pat. konnte mit solchen zweitägig wiederholten Gaben vollständig ruhig gehalten werden. Wenn dann nach längerem Gebrauch das Mittel ausgesetzt wurde, so vergingen jedesmal mehrere Tage, ehe die Unruhe wieder auftrat, so einmal nach 14-tägiger Anwendung 5 Tage, nach 8tägiger 4 Tage.

Unangenehme Nachwirkungen auf Herzthätigkeit etc. kamen nicht vor, doch setzte bei 2 Fällen von Manie die Menstruation, die bis dahin durch die Psychose nicht gestört war, während der Dauer der Injectionen aus.

Eine interessante Nebenwirkung trat bei dem Fall von Katatonie auf, wo eine hartnäckige Stuhl- und Urinverhaltung durch jedesmalige Injection von 10 Mgr. vollständig überwunden wurde, entsprechend der Lähmung der Sphincteren bei Vergiftungen mit Hyoscyaminpräparaten.

Discussion.

Richter hat in einer grösseren Zahl von Fällen das Mittel als precär befunden, da es auf das Herz sehr stark wirke. 3 Mgr. seien schon sehr gefährlich. Zwar sei ihm Niemand gestorben, oft aber sei Collaps eingetreten, so dass Wiederbelebungsversuche angestellt werden mussten. Besser vertragen wurde Morph. und Hyoscyam. āā 0,005, die eine Narkose von 5 Stunden, tiefer als jede Chloroformnarkose, hervorbrachten. Besonders bei einem Patienten wirkte dies vorzüglich und ward deshalb öfter wiederholt. Jedenfalls sei es nur ein Mittel für Krankenhäuser, nicht für die Privatpraxis.

Dörrenberg hat von den Herzerscheinungen nichts bemerkt.

Schröter bestätigt die Erfahrungen *Richter*'s. Im Allgemeinen sei Morphium zuverlässiger.

Richter wendet das Hyoscyamin in solchen Fällen an, wo Morphium

nicht mehr wirkt und Chloral ausgespuckt wird, da eine Gewöhnung an Hyoscyamin nicht so leicht eintritt.

Mendel hat üble Resultate nicht bemerkt. Möglicher Weise sei das Dalldorfer Präparat unrein. Der Ernährungszustand habe öfters darunter gelitten, doch sei dies vielleicht der Paralyse, bei der er es anwandte, zuzuschreiben. Neu sei ihm die Wirkung auf den Stuhlgang. Hauptsächlich eigne sich das Hyoscyamin für die heftigsten Erregungszustände, wo es in Dosen von 6—7 Mgr. gewirkt habe, nachdem Morphium und Chloral in Stich gelassen. Bei melancholischer Erregung leiste es weniger.

Dr. *Hans Laehr:* Ueber die Pacchionischen Granulationen.

Die Pacchionischen Granulationen, oder, wie sie nach *Luschka* genannt werden, die Arachnoidealzotten sind erst in neuerer Zeit zum Gegenstand genauerer Untersuchungen gemacht worden. Beziehungen zum Kreislauf sind dabei entdeckt worden, die diesen früher als vollständig unwichtig betrachteten Gebilden eine physiologische Bedeutung erworben haben. Namentlich die Arbeiten von *Key* und *Retzius* und *F. Fischer* haben die normale Anatomie und Physiologie der Zotten zu einem gewissen Abschluss gebracht. Da diese Granulationen in vielen Lehrbüchern als „Geisteskranken und Potatoren besonders zukommend" erwähnt werden, glaubte ich, an diesem Orte darüber berichten zu dürfen.

Die Arachnoidealzotten sind ein regelmässiger Befund nicht nur beim Menschen, sondern auch bei Hunden, Katzen und Schafen. Kaninchen haben sie nicht. Sie gehen aus von der Arachnoidea (der sog. Visceralis, der äusseren Schicht des Indum. enceph. propr. ext.) und wachsen in die venösen Bluträume der Dura, namentlich in die Lacunae laterales sinus longit. hinein. Historisch bestehen sie aus zartem, welligem Bindegewebe, dem sich bei grösseren Zotten meist spärliche elastische Fasern gesellen. Blutgefässe in ihnen sind jedenfalls äusserst selten. Sie sind überzogen von einfachem, öfters aber auch geschichtetem Plattenepithel.

Injectionen, die zuerst von *Key* und *Retzius* in den Subdural- und den Subarachnoidealraum gemacht wurden, ergaben, dass die Injectionsmasse von beiden Räumen aus durch die Arachnoidealzotten in die venösen Duraräume gelangte. Die Folgerung dieser Autoren, dass die Pacchionischen Granulationen wichtige und normale Abflussbahnen für die subarachnoideale und subdurale Flüssigkeit vermitteln, und zwar, dass sie diese Flüssigkeiten in die venösen Sinus abführen, fand ihre beste Stütze in den Versuchen *Quincke*'s, der diese Injectionen an lebenden Thieren vornahm und die Farbkörner meist auch in den Pacchionischen Granulationen widerfand.

So scheinen denn die Pacchionischen Granulationen vollkommen eingereiht zu sein unter die normalen Gebilde. Und doch widerstrebt dieser Auffassung so Manches. Wie kommt es, so fragt man sich, dass diese „physiologischen" Dinge bei Neugeborenen und oft auch bei Erwachsenen in sehr geringem Maasse vorhanden, sowie dass einzelne Thierarten ihrer

vollständig ermangeln? Muss nicht ferner die Beobachtung, dass die Arachnoidea in der Umgebung der Zotten so überaus häufig der Sitz von Trübungen und Verdickungen ist, Misstrauen erwecken gegen die physiologische Natur dieser Excrescenzen? „Ihr Bau, der gar nichts mit inflammatorischen Zuständen gemein hat, sondern vollständig mit der Arachnoidea und dem normalen Subarachnoidealgewebe übereinstimmt", spricht durchaus nicht, wie *Key* und *Retzius* wollen, gegen eine krankhafte Entstehung. Sonst müsste jede hyperplastische Neubildung, z. B. ein vom subcutanen Fettgewebe ausgehendes Lipom, aus der Zahl der pathologischen Dinge gestrichen werden.

Mir scheint nun das constante Vorkommen der Zotten die physiologische Natur derselben, freilich nur der kleineren unter ihnen, zu beweisen, dagegen die überaus häufige Coincidenz mit entzündlichen Veränderungen des Ind. enceph. propr. ext., die grosse Verschiedenheit der Zotten an Zahl und Grösse bei den einzelnen Individuen, sowie ihr Hineinwachsen in den Schädelknochen, die pathologische Natur der grösseren Zotten zu begründen. Man müsste also letztere, die früher fast allein beachtet wurden, als hyperplastische Zotten auffassen.

Dass diese Hyperplasie der Zotten eine überaus häufige Erscheinung ist, ist bekannt. Um die Wahrheit der weit verbreiteten Ansicht zu prüfen, als finde sich dieselbe hauptsächlich bei Geisteskranken, dienten mir Sectionsberichte der Anstalten Schweizerhof und Bernburg[1]). Es war dabei auf die nach Abnahme der Schädelkapsel über die Dura hervorragenden oder gar in den Knochen eindringenden Zotten stets geachtet worden, während die in den Gefässen der Dura versteckten Zotten nicht besonders aufgesucht wurden. Zunächst fand ich die bekannte Thatsache bestätigt, dass im Allgemeinen grössere Zotten sich im höheren Alter finden. Das Hauptergebniss war aber dies, dass e i n b e s o n d e r e r E i n f l u s s i r g e n d e i n e r p s y c h i s c h e n K r a n k h e i t s f o r m a u f d a s W a c h s t h u m d e r Z o t t e n n i c h t h e r v o r t r a t. Von 32 Fällen der ersten Liste zeigten nur 12 eine stärkere Wucherung der Zotten. Dagegen waren mit der Hyperplasie der Zotten meist entzündliche Veränderungen der Pia und Abnormitäten der Gefässe verbunden.

Nun hatte *L. Meyer* schon vor längerer Zeit eine Hypothese über die Entstehung der Pacchionischen Granulationen aufgestellt, indem er Congestionen nach dem Kopfe und die dadurch bewirkte Röthung der Hirnhäute an einander für das Wachsthum der Zotten verantwortlich machte. Die dazu nöthige Hirnbewegung findet aber, wie *Donders* und *Leyden* ge-

---

[1]) Ausführlicher sind diese Berichte mitgetheilt worden in: die Pacchionischen Granulationen (Arachnoidealzotten) und ihre Beziehungen zu der Blutcirculation im Schädel. Inaug.-Diss. von Dr. *Hans Laehr*. Berlin 1880. 52 S.

zeigt haben, in der Weise nicht statt. Doch glaube ich, den Grundgedanken *Meyer's*, nur in etwas modificirter Gestalt und mit anderer Begründung, aufrecht erhalten zu können.

Dass die Arterien im Schädel pulsiren, ist allgemein anerkannt. Fraglich war nur, wodurch für das Anschwellen derselben Raum geschafft werde. Neuerdings erst haben *Berthold*, *C. Cramer* und hauptsächlich *Masso* gezeigt, dass das Venenblut davon betroffen wird, indem sie Pulsationen der Jugularis und der Sinus nachwiesen. Wir haben uns also die pulsatorische Hirnbewegung folgendermaassen vorzustellen: Die Ausdehnung der Arterienwandungen bei der Herzsystole lässt das Gehirn anschwellen. Der dadurch auf die Cerebrospinalflüssigkeit geübte Druck wirkt auf die venösen Sinus und hauptsächlich auf die Lacunae laterales — deren untere Wände zart und sehr wohl geeignet sind, je nach wechselndem Druck bald nach unten, bald nach oben sich vorzuwölben — in der Weise ein, dass er aus ihnen das Blut im eigentlichsten Sinne auspresst. Lässt der Druck nach, also während der Herzdiastole, so dehnen sich auch die Duraräume wieder aus und füllen sich mit Blut.

Die Anschwellung des Gehirns hat dort, wo Sinus und Lacunae laterales nicht anliegen, nur eine Bewegung im Sinne des Radius (das Gehirn als Kugel gedacht) zur Folge, die sich nicht als Reibung äussern kann. Dagegen kann man die durch das An- und Abschwellen der venösen Duraräume geschaffene Bewegung zerlegen in eine Bewegung im Sinne der Tangente und in eine Bewegung im Sinne des Radius — sowohl Radius als Tangente wieder auf das Gehirn als Kugel bezogen. Erstere wird sich als Reibung zwischen Integ. propr. ext. und Dura geltend machen, während letztere wegen der gleichen Bewegung der Arachnoidea, wie an allen anderen Punkten der Hirnoberfläche, wirkungslos bleibt. Wie aus dieser Betrachtung hervorgeht, kann die Reibung nur eine ganz locale sein, sie muss sich vollständig auf die Ausdehnung der Gefässe beschränken. Sie wird geringer sein an den starrwandigen Sinus, ausgiebiger an den Lacunae laterales. Die Ausdehnung der Lacunen wird um so leichter stattfinden, als die vom Gehirn zum Sinus longit. ziehenden Venen vorher mit ihnen anastomosiren, das Auspressen des Blutes aus den Lacunen um so schneller erfolgen, als die Diploëvenen in offener Verbindung mit ihnen stehen und neben dem weiteren Weg durch die Sinus einen directen Abfluss zur Kopfschwarte vermitteln können.

Diese Ausführungen gelten in der Ausdehnung natürlich nur für den allseitig geschlossenen Schädel. So lange durch die Nähte und Fontanellen eine Vergrösserung des Schädelinhalts ermöglicht wird, kann ein Theil der Druckerhöhung sich ausgleichen durch eine Ausdehnung des Schädels, die sich in der bekannten Weise durch die sogenannte Pulsation der Fontanellen bemerklich macht. Der übrig bleibende Theil — der natürlich um so grösser ist, je weiter die Verknöcherung fortgeschritten ist, — wird auch hier auf die Venen wirken und eine Reibung der Hirnhäute an einander

zur Folge haben, natürlich in viel geringerem Maasse, als nach Verwachsung der Schädelknochen.

Wir haben jetzt in der Reibung der Arachnoidea und Dura an einander einen Reiz gefunden, der vermuthlich schon vor-, jedenfalls nach dem knöchernen Verschluss des Schädels vorhanden ist. Dass dieser Reiz meistens nur zur Bildung bindegewebiger Zotten und nur selten zu Entzündungen führt, das liegt vielleicht darin, dass diese Reize fortwährend einander folgen, aber einzeln betrachtet minimal sind. Uebrigens ist schon oben darauf hingewiesen, dass allerdings in einer erheblichen Anzahl von Fällen, neben den Granulationen Residuen von Entzündung vorhanden sind. Andererseits hat es auch durchaus nichts Wunderbares, wenn derselbe geringe, aber sich stetig wiederholende Reiz in dem einen Falle eine Geschwulstbildung, im anderen eine chronische Entzündung, im dritten vielleicht überhaupt keine Reaction hervorbringt. Wir müssen eben hier, wie überall, auf den Ernährungszustand, auf die Disposition des Gewebes zurückgreifen, welches vom Reize betroffen wird. Worin diese Disposition besteht, bleibt hier, wie meistens, dunkel. Wir halten schon das für einen Fortschritt, wenn wir uns über die Art und Entstehung des Reizes Auskunft geben können, der die dazu disponirte Haut zu jenen Wucherungen veranlasst. Und das, glaube ich, ist durch die vorangehenden Betrachtungen geschehen, die das geringe Vorkommen der Zotten beim Neugeborenen, ihr allmähliches Wachsen, ihr Entstehen gerade nur an den Stellen der Arachnoidea, wo die Sinus und besonders die Lac. later. anliegen, sowie ihr häufiges Zusammentreffen mit Entzündungen der Hirnhäute derselben Gegend in genügender Weise erklären. Ist aber somit der Einfluss schon der normalen Circulation auf das Zottenwachsthum dargethan, so müssen Unregelmässigkeiten derselben, wie sie durch Aufregungen, nach Genuss von Spirituosen, bei gewissen Herz- und Arterienerkrankungen entstehen, natürlich noch stärker wirken. Daraus ergiebt sich der Grund, weshalb die Granulationen an Zahl und Grösse bei den einzelnen Menschen so sehr variiren.

Wir haben im Vorstehenden nur auf den Theil der Wirkung der Drucksteigerung Bezug genommen, der sich auf die Venen bezieht. Bei dem gewöhnlichen Wechsel zwischen Arteriendiastole und Systole ist dies auch der hervorragendste Theil. Anders ist es bei arteriellen Hyperämien des Gehirns. Hier, wo neben der Pulsverstärkung auch länger dauernde stärkere Arterienfüllung vorhanden ist, macht sich die Wirkung des Druckes auch auf die Cerebrospinalflüssigkeit und die Lymphe geltend. Beide suchen zu entweichen. Nun sind aber gewiss die Widerstände im Lymphgefässsystem mit Rücksicht auf die Enge der Gefässe und mit Rücksicht auf die Lymphdrüsen nicht gering anzuschlagen, so dass bei ungewöhnlich gesteigerten Anforderungen ein neuer Abzugsweg sehr wünschenswerth erscheint. Ein solcher ist nun in den Pacchionischen Granulationen vorhanden und zwar gerade in den Fällen, wo durch häufig wiederkehrende

Hyperämien das Bedürfniss dazu besonders vorliegt, in verstärktem Maasse vorhanden. Es werden also hier wie so oft durch das gesteigerte Bedürfniss allmählich die Mittel zur Befriedigung desselben vermehrt.

Dies physiologische Verhältniss der Zotten zu den Blutgefässen erleidet aber ziemlich oft Aenderungen. Zunächst ward schon bei der Beschreibung der Zotten bemerkt, dass das Epithel derselben öfter wuchert, was natürlich den Durchtritt von Flüssigkeit erschweren muss. Gleichen Erfolg werden die regressiven Veränderungen haben, die in einem späteren Stadium, gemäss der Entstehung der Zotten in Folge einer Reizung, häufig vorkommen. So treten öfters Verkalkungen auf, die, am Epithel beginnend, nach und nach auf das Bindegewebe übergreifen. Fettige Degeneration, die *Meyer* nur spurweise beobachtete, kommt nach *Luschka* ziemlich häufig vor. Auch Corpora amylacea wurden mehrfach in ihnen beobachtet. Ferner müssen, da ja die Zotten Fortsätze des Integ. enceph. propr. ext. darstellen, pathologische Zustände dieser Haut sich leicht auch auf die Zotten erstrecken. So kann sich ein starkes Oedem der weichen Hirnhaut eine eitrige Infiltration oder ein Bluterguss auf die Zotten fortsetzen. Doch werden nur selten eigentliche Störungen der Circulation durch sie veranlasst. Die Angabe *Luschka*'s, dass bei fortgesetztem Wachsthum der Zotten durch Druck auf die in den Längsblutleiter eintretenden Venen, sowie durch theilweise Obturation des Sinus Behinderungen des Blutstroms in den Gefässen der Pia mater entstehen können, scheint mehr auf theoretischen Erwägungen zu beruhen, ist aber gewiss richtig. Ich habe in der Literatur nur einen Fall von Thrombose des Sinus, veranlasst durch Arachnoidealzotten, gefunden[1]). Dies betraf einen Paralytiker und ward Veranlassung zu dessen Tode. *Luschka* giebt an, dass die im Bereich der Ven. mening. gelegenen Zotten bisweilen am For. ovale den dritten Ast des Trigeminus drücken können. Auch am Abducens und Oculomotorius findet man manchmal nach *Key* und *Retzius* Zotten, die zum Sinus cavernosus gehören, und man kann also die Möglichkeit nicht leugnen, dass auch hier abnormes Wachsthum derselben Druck auf die Nerven zur Folge hat.

Schluss der Sitzung 4½ Uhr. Nächste Sitzung den 15. März 1881. Gemeinsames Mittagessen. Dr. *Dörrenberg.*

---

[1]) *E. Mendel*, Die progressive Paralyse der Irren. Berlin 1880. S. 44.

25. Versammlung des psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 12. Juni 1880.

Anwesend waren die Mitglieder: *Besser*, *Fabricius*, *Finkelnburg*, *Focke*, *Hertz*, *Heyden*, *Höstermann*, *Köster*, *Levison*, *Meyer* sen., *Nasse*, *Oebeke*, *Pelman*, *Peretti*, *Ripping*, *Runge*, *Schmitz*, *Schulz*.

Als Gäste: Dr. *Burkart* aus Boppard und Dr. *Haunhorst* aus Bendorf.

Aufgenommen wurde als Mitglied Dr. med. *Schuckardt*-Andernach.

Dr. *Hertz* legt verschiedene Planzeichnungen von der neu errichteten Irren-Anstalt zu Saargemünd vor. Als mehr oder weniger originelle Einzelbauten ergeben sich daraus: für je ein Geschlecht ein besonderes Lazareth in Fällen fieberhafter Erkrankungen, auf jeder Seite ein grosses selbstständiges Haus zur Hälfte für Epileptische, zur Hälfte für Unreinliche, so dass mit Hinzuziehung der Häuser für Pensionäre, für Ruhige, für Halbruhige und für Unruhige 6 gesonderte Häuser für Kranke bestehen. — Als originellste bauliche Einrichtung verdient der stark hervorspringende Herausbau der einzelnen zur Seclusion und Separation zu verwendenden Räume Erwähnung und auch Empfehlung. Die Idee dazu ist, soviel ich weiss, von Herrn Baumeister *Plage* ausgegangen, und sie mag aus denjenigen Baracken-Bauten, wo einzelne in regelmässigen Abständen vom ganzen Baukörper, wie Knospen von den Zweigen, hervorspringende Krankenzimmer eingerichtet sind, ihre Herkunft haben. Diese stark vorspringenden Seclusionsräume, welche auch architectonisch vortheilhaft verwerthet sind, finden sich in Saargemünd schon in den Häusern für ruhige Kranke angebracht, sie wiederholen sich in denjenigen für Halbruhige und neu Aufgenommene und vollenden sich in den Häusern für Unruhige. — Es ist Nachdruck darauf zu legen, dass die Separation dieser Seclusionsräume oder Zellen von dem Haupt-Baukörper nicht blos durch Thüren, sondern auch durch gemauerte Vorräume, also möglichst vollständig ausgeführt worden ist, und dass, wo sich dergleichen in demselben Hause mehre finden, die einzelnen so viel wie möglich auseinander und niemals seitlich nebeneinander liegen. — Auf Grund dieses baulichen Princips halte ich das Haus für Unruhige in Saargemünd für das entschieden beste der mir bekannt gewordenen Zellengebäude in Irren-Anstalten. Dass die hier angewandten Dimensionen in den einzelnen Zellen und mancherlei kleinere Einrichtungen jenem Bau-Principe an Güte nicht entsprechen, obgleich sich auch darunter sehr Vortheilhaftes findet, will ich zum Voraus bemerken. — Jedes Haus für Unruhige hat eine Länge von 52 Meter und im Körper, d. h. die vorspringenden Zellen nicht mitgerechnet, eine Breite von etwas über 8 Meter und ist einstöckig. Durch die Breite des Hauses erstreckt sich von hinten nach vorn gerechnet ein grosses Wärterzimmer mit Ausgängen nach allen vier Seiten, ein von rechts und links zugänglicher Waschraum und ein Baderaum, der von unten her, wo auch der Trockenraum, heizbar ist. In diesem 7 Meter breiten Mittel-

theile befinden sich auch die Treppen, nach unten und oben. An denselben legt sich zunächst links und rechts ein die ganze Breite des Hauses einnehmender 8,5 Meter langer Tagesraum an und diesem folgt beiderseitig in der Länge ein von jenem durch einen Gang getrennter, 7 Meter langer und ebenfalls die ganze Breite einnehmender allgemeiner Schlafraum. Beide (?) haben Ofenheizung, sind, wie alle anderen Wohnräume 5 Meter hoch und oberhalb der gewöhnlich gestellten Fenster noch durch besondere Klappfenster ventilirt. — In einer Entfernung nun von fast 7 Meter von dem Mitteltheile, also da, wo sich innen die Trennung des Schlafraumes von dem Tagesraume befindet, springen aus dem Hauptkörper des Hauses nach vorn und nach hinten je zwei der Isolirräume heraus, von einer Vorsprungslänge von fast 7 Metern und von einer Breite von fast 4,5 Meter; und ebenso befinden sich an den beiden Köpfen des Hauses, aber hier seitlich nur um 2 Meter hervorspringend, zwei einander gegenüber liegende und durch einen Ausgangs-Corridor getrennte Isolirzellen. Dieses macht für jedes Haus acht Zellen, wovon vier durchaus den Anspruch auf Isolirräume machen können. Diese Isolirräume par excellence, welche einzeln von einander, so weit als baulich angehend, getrennt sind, haben nun im Grundrisse zunächst folgende Einrichtung. Von dem Tag- oder auch von dem Schlafraume tritt man zuerst in einen ansehnlich langen, mit der Breite von c. 2 Meter auf die Zellenthüre zulaufenden Corridor, der gleich ist mit jenem Schlaf- und Tagraum trennenden Gange. Dieser Corridor hat in seiner Fortsetzung nach aussen an der einen Seite eine Thüre, die in einen besonderen Hof geht, und etwas weiter nach der Zelle zu an der andern Seite eine zweite, die in einen besonderen Closetraum sich öffnet. Nun folgt der eigentliche Zellenraum mit leider nur 3 Meter Breite und 3,5 Meter Länge. — Also hat dieses Einzel-Zellencompartiment für sich einen Wohnraum, einen Corridor, einen Closetraum und einen besonderen Ausgang in einen aparten Hof. — Dieses ist das wichtigste der Einrichtung. — Sehr gut gefiel mir der in Asphalt gelegte Eichenparket-Boden, das in gewöhnlicher Front-Lage befindliche, ansehnlich grosse, wir können es des in Düsseldorf wohnenden Verfertigers wegen kurzweg das Düsseldorfer Fenster nennen, die darüber befindlichen Klappfenster zum Lüften, die Beleuchtung mit Gas, womit Ventilationsvorrichtung verbunden ist, der hinter einem gemauerten Mantel stehende, vom Corridore zu heizende Ofen und das gute, solide, gegen Kälte und Wärme schützende Gemäuer am Ganzen. Die weniger isolirten je zwei Kopfzellen haben feste Nachtstühle, deren Einrichtung, namentlich zu tiefer Stand, aber Uebelstände mit sich bringen muss.

Ripping theilt einen Fall mit, in dem ein 14jähriger Knabe G. aus R., welcher an letzterem Orte durch seine angeblichen Muttergottes-Erscheinungen ein zweites Marpingen zu gründen im Begriffe war, zur Beobachtung nach Siegburg gebracht und hier als nicht geisteskrank und Betrüger erkannt wurde. (Der Fall ist mitgetheilt in der Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin. N. F. XXXIV. 1. Seite 47 u. ff.)

Nasse fasst seine Beobachtungen über das Hyoscyamin bei Psychosen in Folgendem zusammen:

Das Hyoscyamin sei bekanntlich in auffallender Weise (empfohlen als unfehlbar gegen das Symptom des „Zerreissens"!) in die psychiatrische Praxis von *Lawson* (Journ. of ment. science 1877) eingeführt worden, habe aber später eine ausgedehntere Anwendung gefunden. V. geht auf die Arbeiten von *Mendel* (s. diese Zeitschr. Band 36. 1879), *Savage* (Journ. of m. Sc. 1879), *Prideaux* (Lancet 1879. II. 14) und *Gray* (American Journ. of insan. 1880) unter Darlegung der Anwendungsweise des Mittels, der beobachteten Wirkungen und des therapeutischen Erfolges näher ein und theilt dann seine eigenen Versuche (nach der ursprünglichen Angabe von *Lawson* mit amorphem *Merk*'schen Hyoscyamin innerlich zu 0,003 bis zu 0,056 pro die) mit. Er hat dazu vier Fälle von chronischer Manie bei Frauen, mit und ohne Hallucinationen, immer aber mit hervorstechender Neigung zum Zerreissen und Schmieren ausgewählt, das Mittel 7—11 Tage hinter einander gegeben und nur in einem einzigen Falle (bei Eintritt von Diarrhöen mit allgemeiner Abgeschlagenheit nach dem 4. Tage) einen ganz vorübergehenden Nachlass der Unruhe und Zerreissungssucht, dagegen sonst keine Einwirkung (auf Ruhe, Schlaf, Esslust und Hals) beobachtet; auch die Regelmässigkeit des Eintretens von Pupillenerweiterung und Pulsbeschleunigung blieb ihm fraglich. Dasselbe Ergebniss fand er bei einem aufgeregten Paralytiker.

Diese Resultate ermuthigten ihn umsoweniger zur Fortsetzung der Versuche, als die Berichte der genannten Aerzte hinsichtlich der Wirkungen verschiedener Cautelen (*Savage* und *Prideaux* beobachteten Trockenheit der Zunge, des Halses und Erbrechen, die übrigen nichts derart — *Lawson* und *Gray* besondere Steigerung der Esslust, *Savage* das Gegentheil), einige derselben (*Savage* und *Gray*) vor Collapsus bei fortgesetztem Gebrauche ausdrücklich warnten und sämmtliche Beobachter (ausser *Lawson*, der bei Zerreissern eine Pause von 4—6 Wochen erzielt haben will) nur ganz vorübergehende Erfolge constatirten. — *N.* macht darauf aufmerksam, dass z. Th. das amorphe Präparat innerlich (*Lawson*, *Savage*, *Nasse*), z. Th. das crystallinische (hypodermatisch und innerlich von *Savage* und *Gray*, hypodermatisch von *Mendel* und *Prideaux*) in Anwendung gezogen worden seien, und die Urheile über die Wirksamkeit der beiden Präparate von denen, welche beide versucht, auch nicht übereinstimmten (*Savage* erklärt das cryst. für weniger wirksam, *Gray* dasselbe für rascher und sicherer wirkend). Bei dieser Sachlage wären allenfalls noch vergleichende Versuche mit den beiden Präparaten und zwar in selteneren Gaben aufzustellen; so viel scheine aber schon festzustehen, dass die ursprünglich erweckten Erwartungen von dem Mittel keineswegs erfüllt würden [1]).

[1]) Seit dieser Mittheilung hat *Reinhardt* in der Berl. Gesellsch. für Psych. am 12. Juli c. (*Erlenmeyer*, Centralbl. No. 17) seine Versuche mit



26. Versammlung des psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 6. November 1880.

Anwesend waren die Mitglieder: *Besser*, *Brosius*, *von Ehrenwall*, *Fabricius*, *Hertz*, *Heyden*, *Köstermann*, *Huberty*, *Leo*, *Madelung*, *Nasse*, *Nötel*, *Oebeke*, *Pelman*, *Ripping*, *Rühle*, *Schmitz*, *Schwarz*, *Schuchardt*.

Als Gäste: Dr. *Luebrecht*-Friedrichsberg, Dr. *Pelizaeus*-Bad Nassau und Dr. *Frank*-Grafenberg.

Nach der Aufnahme der DDr. *Huberty*-Düren und *von Ehrenwall*-Ahrweiler als Mitglieder, theilte der Vorsitzende die Einladung des Vereins zum internationalen medicinischen Congress mit und knüpfte daran den Wunsch, dass einige der Mitglieder der Einladung folgen möchten.

Dr. *Leo* trug zwei gerichtsärztliche Gutachten über den Geisteszustand eines 32jährigen Tagelöhners und eines 40jährigen vagabondirenden Bettlers vor, welche beide der Unzucht mit Kindern beschuldigt waren. Die beiden Angeklagten standen einander im Mangel an geistiger Begabung sehr nahe; doch musste der erstere noch innerhalb der physiologischen Grenze geistiger Gesundheit stehend erklärt werden, während der zweite diese Grenze deutlich überschritten und als dem pathologischen Schwachsinn verfallen erschien. Ueber den ersten wurde vom Gericht das Superarbitrium eines Irrenarztes eingeholt, welches jedoch das Gutachten bestätigte, worauf der Beschuldigte zu einem Jahre Gefängniss verurtheilt wurde. Gegen den zweiten wurde das Strafverfahren aufgehoben und derselbe einer Irrenpflegeanstalt überwiesen.

Dr. *Besser* knüpft an *Helmholtz*'s Worte an: „Vorstellungen sind Wirkungen hervorgebracht von den vorstellenden Objecten auf unser Bewusstsein. So hängt die Vorstellung ab von der Natur des Vorstellenden und des Vorgestellten. Eine Vorstellung kann nicht absolut wahr sein, kann nicht unverändert die Natur des Vorgestellten wiedergeben. Deshalb sind unsere Vorstellungen nur Zeichen, Symbole. Eine absolute Wahrheit giebt es nicht, Vorstellung und Vorgestelltes sind offenbar zwei ganz verschiedenen Welten angehörig" und betont die Unfruchtbarkeit der Psychologie. Trotzdem wird die Frage nach der Wirklichkeit des Dinges draussen nicht zur Ruhe kommen, obgleich die naturwissenschaftliche Forschung über sie schweigend wie zur Tagesordnung übergegangen zu sein scheint. *B.* spricht dann über den „Standpunkt des Subjects", auf den die Sinnes-Physiologie

---

amorphem Hyoscyamin innerlich in selteneren Gaben, 2 Mal per Tag zu 0,003, bei 15 Geisteskranken und 12 Epileptikern besprochen und bei den ersteren theilweise Beruhigung, bei den letzteren ein Seltner- und Kürzer-Werden der Anfälle beobachtet; in der nachfolgenden Discussion dagegen haben *Mendel* und *Binswanger* die Anwendung des crystallin. Präparates befürwortet, weil dasselbe weniger unangenehme Nebenwirkungen auf Kopf, Magen und Herz, als diese *R.* beobachtet, hervorbringe.

drängt. Er warnt vor der Hoffnung, eine psychische Quantität, als welche wir heute das Bewusstsein halten, aus Vorgängen greifen zu können, die wir nur ablaufen sehen in Theilen. Für die vorliegende Frage drängt *B.* auf die genetische Methode. Ja er sagt, nur wenn ich weiss, wie Etwas entstanden, findet das menschliche Wissen über dieses Etwas seinen Abschluss. *B.* geht darauf näher ein und beleuchtet dies Erkennen, was man heute „das Aufsuchen der Ursachen" zu nennen pflegt. Er bezweifelt das menschliche Begreifen eines Ursächlichen überhaupt und weist darauf hin, dass seit *David Hume* die Frage nach dem Wesen der Causalität gestellt, noch Niemand sie zu beantworten vermocht hat. *B.* zeigt, dass wir bei unserem Ursache-Sehen von Eigenschaften der Dinge reden, Bezeichnungen für Erscheinungen dieser Dinge, die wir bei den Betrachtungen derselben kennen lernten. Solche in der Methode des naturwissenschaftlichen Erkennens immer in ihrer ursächlichen Beziehung erfassten Eigenschaften bedeuten aber nur die Bezeichnung, wie das betreffende Ding auf uns wirkt. Um die Einwirkung der Reize dreht sich Alles. Es handelt sich nicht um Causalität, sondern Succession. *B.* verlangt das Anerkenntniss, den Causalitäts-Begriff als „aus der Thatsache der Zeit-Folge entstanden" anzusehen. Weiter wendet er sich der Frage zu: „wie kam der Mensch zur Annahme der Causalität"? Er antwortet nach Anführung einer für ihn maassgebenden Auffassung *Maudsley*'s, der Mensch sammelt die sich zeitlich folgenden Erscheinungen in seiner Sprache, nennt diese zeitliche Ordnung eine causale unter Zuhülfenahme von Begriffen, da er die reale, die letzte, sachliche Erklärung, wie sie in den Bewegungen der kleinsten Theile gegeben ist, noch nicht kennt. *B.* bezeichnet dies bequeme Abstrahiren des Menschen als den Charakter unserer Zeit und als den Hemmschuh im Fortschreiten des naturwissenschaftlich genetischen Erkennens. Er verlangt das Erkennen dieser Lage, um dann an die Analyse einer Empfindung im Neugeborenen zu gehen, die er in der Weise seiner bei Gelegenheit der Münchener Naturforscher-Versammlung gehaltenen Rede giebt.

Der Zeitpunkt der nächsten Versammlung wird auf den 18. Juni 1881 festgesetzt. *R.*

Literatur.

Grundzüge der Physiologischen Psychologie von *Wilhelm Wundt*, Professor an der Universität zu Leipzig. Zweite, völlig umgearbeitete Auflage. Zwei Bände (499 u. 472 S.). Leipzig, Wilhelm Engelmann, 1880.

Wirft man einen Blick auf die Beziehungen, welche im Laufe des letzten Jahrhunderts zwischen psychiatrischer und psychologischer Forschung bestanden haben, so ergiebt sich die auffallende Thatsache, dass jene beiden Wissenschaften trotz der weitgehenden Gemeinsamkeit ihres Untersuchungsobjektes bisher ganz unverhältnissmässig wenige Berührungspunkte mit einander dargeboten haben. Der Grund für dieses Verhalten liegt wesentlich darin, dass die Psychiatrie durch ihre praktischen und theoretischen Bedürfnisse zu einem nahen Anschlusse an die Naturwissenschaften geführt wurde, während in der Psychologie eine mehr speculative und von metaphysischen Voraussetzungen beherrschte Richtung die Oberhand behielt. Wenn demnach lange Zeit hindurch die gemeinschaftliche Basis für ein fruchtbares Zusammenwirken beider Wissenschaften fehlte, so ist als ein entschiedener Schritt zur Wiederannäherung derselben das mächtige Hervortreten jener Bestrebungen anzusehen, die in enger Anlehnung an die Physiologie auch in der Psychologie den Methoden und Gesichtspunkten naturwissenschaftlicher Forschung Eingang zu verschaffen suchten. Diese Richtung, von *E. H. Weber* begründet und bei uns namentlich durch *Fechner* fortgeführt, hat in neuester Zeit durch *Wundt* als „Physiologische Psychologie" eine feste Abgrenzung erfahren und ist durch ihn in nahe Beziehung zu allen jenen Wissenschaften gebracht worden, welche Material für die inductive Erkenntniss der psychologischen Probleme zu liefern im Stande sind. Wie tief allerseits die Lücke empfunden worden war, welche der damalige Heidelberger Physiologe durch sein grundlegendes Werk auszufüllen versuchte, dafür zeugt am Besten der Umstand, dass jetzt, nur 6 Jahre nach dem ersten Erscheinen, bereits die 2. Auflage desselben vor uns liegt. Mit vollem Rechte nennt der Verf. diese Auflage eine völlig umgearbeitete. Indem der Umfang des Buches um etwa 100 Seiten zugenommen hat, so dass eine Theilung in zwei Bände nöthig wurde, ist der

hierdurch und durch mancherlei Kürzungen gewonnene Raum in erster Linie einer eingehenden Berücksichtigung der neuesten Forschungen, eigener wie fremder, zu Gute gekommen; andererseits aber hat der Verf. in mannichfachen Auseinandersetzungen mehr speculativer Art eingehender als früher den innern Zusammenhang der einzelnen hier behandelten Probleme, sowie die Bedeutung der psychologischen Spezialforschung für die Lösung allgemeiner philosophischer Fragen an's Licht gestellt. So kommt es, dass uns in dem vorliegenden Werke nicht blos eine Darstellung psychologischer Thatsachen und Lehrmeinungen, sondern zugleich eine das Ganze durchdringende, auf breitester inductiver Basis erwachsene, einheitliche Weltanschauung entgegentritt. Dass auch die neue Auflage durch eine scharfsinnige aber wohlwollende Kritik durch übersichtliche Anordnung des Stoffes und durch vornehme, bisweilen vielleicht etwas zu abstracte Darstellung sich auszeichnet, bedarf wohl kaum der Erwähnung.

Gehen wir nun daran, im Einzelnen die vielfachen Bereicherungen zu besprechen, welche der Inhalt des *Wundt*'schen Werkes erfahren hat, so ergiebt sich bei dem Umfange derselben leider die Nöthigung, uns hier auf die Anführung der allerwesentlichsten Punkte zu beschränken.

Der erste Abschnitt des Buches handelt von den körperlichen Grundlagen des Seelenlebens. In der Einleitung desselben erörtert *Wundt* die Frage nach den objectiven Merkmalen psychischer Thätigkeit überhaupt. Als solche betrachtet er einzig die willkürlichen Bewegungen und gelangt dabei vom Standpunkt der Entwicklungstheorie zu dem Schlusse, dass auch die Bewegungen des Protoplasmas, insofern sie den Urtypus aller aus ihnen in stetigem Uebergange sich entwickelnden organischen Bewegungsphänomen bilden, auf das Vorhandensein eines immerhin nur graduell von dem unsrigen verschiedenen Bewusstseins hindeuten. An diese Erörterungen schliesst sich eine kurze Darstellung der anatomisch-physiologischen Differenzirung des nervösen Apparates in der Thierreihe. Von den nächsten Kapiteln des ersten Abschnitts hat namentlich das 4. (Verlauf der nervösen Leitungsbahnen) und theilweise auch das 5. (Physiologische Functionen der Centraltheile) unter dem Einflusse der neueren anatomischen Arbeiten von *Gudden*, *Flechsig* u. A., sowie der physiologischen Forschungen *Hitzig*'s, *Ferrier*'s, *Munk*'s u. s. w. eine durchgreifende Umarbeitung erfahren. Nachdem der Vf. an der Hand der heute bekannten gehirnphysiologischen und pathologisch-anatomischen Daten eine klare, kritische Uebersicht über den gegenwärtigen Stand der Localisationsfrage gegeben hat, geht er speciell auf die allgemeine Deutung der gefundenen Thatsachen ein. So sehr er dabei die alte *Flourens*'sche Hypothese völliger functioneller Indifferenz der Hirnrinde beim entwickelten Organismus verwirft, so erkennt er doch das ihr zu Grunde liegende Princip insofern an, als ja durch die Beobachtung eine namentlich bei jugendlichen oder nieder organisirten Thieren ausserordentlich weit gehende Stellvertretung der einzelnen Rindenpartien unter einander erwiesen wird. Natürlich will *Wundt* damit durchaus nicht die durch

Reizungs- und Ausfallserscheinungen wohl constatirte Thatsache in Abrede stellen, dass durch die Vererbung der anatomischen Anlage wie durch individuelle Uebung einzelne Bezirke, sei es als Centren, sei es als Durchgangspunkte, gerade zu bestimmten Functionen der Hirnrinde in nahe Beziehungen treten, aber er wendet sich mit Energie gegen jene Auffassung, welche im Anschlusse an gewisse Erscheinungen bei der Aphasie höchst complicirte psychische Phänomene, wie Wort- oder Gesichtsvorstellungen, in kleinen beschränkten Zellengruppen oder gar in einer einzigen Zelle sich abgelagert denkt. Treffend ist hier namentlich der Hinweis auf die Parallele mit der Retina, in welcher ja auch die nämlichen sensorischen Elemente zahllose gänzlich verschiedene Bilder zusammensetzen. *Wundt* ist daher geneigt, die bei ausgedehnteren Exstirpationen auftretenden Ausfallserscheinungen nicht sowohl auf die Ausschaltung gewisser Vorstellungsgruppen, als auf eine allgemeine Depression der psychischen Thätigkeit und ein Undeutlicherwerden der Vorstellungen überhaupt zu beziehen. Namentlich glaubt er, gestützt auf einige pathologische Beobachtungen, einen derartigen Effect bei Läsionen der vorderen Regionen des Stirnhirns annehmen zu müssen, die ja auch *Ferrier* als den Sitz der Aufmerksamkeit ansieht. Diese Partie setzt *Wundt* in besondere Beziehung zur Apperception, d. h. zu jener deutlichsten Erfassung einer Vorstellung, wie sie gewöhnlich mit der Anspannung der Aufmerksamkeit verknüpft ist. Die eigenartige Auffassung der Apperception, wie sie uns in der neuen Bearbeitung noch prägnanter als früher entgegentritt, bildet eine der Grundlagen von *Wundt*'s psychologischen Anschauungen. Auf Seite 219 giebt er an der Hand eines Schemas eine ausführliche Theorie der physiologischen Vorgänge beim Apperceptionsprocesse, auf die wir hier aus Mangel an Raum leider nicht näher eingehen können.

Der zweite Abschnitt handelt von den Empfindungen. In das einleitende Capitel hat hier *Wundt* eine vergleichende Skizze der anatomischen und physiologischen Differenzirung der einzelnen Sinnesorgane eingefügt. Bei der Besprechung der Retinaphysiologie haben der Sehpurpur und namentlich die von *Kühne* nachgewiesenen, anscheinend weit wichtigeren Pigmentwanderungen ihre theoretische Würdigung gefunden. Das nun folgende 8. Capitel, welches die Intensität der Empfindung in ihrer Abhängigkeit vom Reize untersucht, hat in der fast durchweg neuen und weit übersichtlicheren Darstellung sehr gewonnen. Neu hinzugekommen ist namentlich die eingehendere Prüfung des *Weber*'schen Gesetzes auf seine Gültigkeit in den verschiedenen Sinnesgebieten. Eine wesentliche Bereicherung hat das 9. Capitel, das sich mit der Qualität der Empfindungen beschäftigt, dadurch erfahren, dass nunmehr auch Geschmack, Geruch und vor Allem der Gefühlssinn, die früher nur kurz berührt worden waren, ausführlich abgehandelt sind. Ausser den Temperatur-, Druck- und Ermüdungsempfindungen bespricht *Wundt* namentlich die Bewegungs- und die für den Stimmungshintergrund des Individuums so wichtigen Gemeinempfindungen. Die charakteristische

Färbung (Schmerzempfindungen) und Ausbreitung (Reflexempfindungen, Mitempfindungen) dieser letzteren ist er geneigt, auf centrale Vorgänge zurückzuführen. In den Bewegungsempfindungen weist er drei verschiedene, aber normaler Weise stets mit einander verbundene Elemente nach, von denen die Druckempfindungen an Haut und Gelenken, sowie die Contractionsempfindungen in den Muskeln peripherischen Ursprungs sind, während die Innervationsempfindungen im Centralorgane entstehen. Bei der Lehre von den Schall- und Lichtempfindungen haben besonders die neueren Arbeiten *Preyer*'s und *Hering*'s auf diesen Gebieten kritische Berücksichtigung gefunden. In Bezug auf die Lichtempfindungen kommt *Wundt*, z. Th. auf die Erscheinungen der normalen excentrischen, wie der pathologischen Farbenblindheit gestützt, zu dem Resultate, dass es sich bei ihnen um zwei von einander verschiedene, aber neben einander verlaufende Processe handele. Die chromatische und achromatische Erregung. Beide sind von der Wellenlänge des Lichtes abhängig, namentlich die erstere; letztere, insofern sie im Gelb das Maximum ihrer Intensität erreicht. Bei Lichtreizen von sehr geringer und bei solchen von sehr grosser Stärke überwiegt die achromatische, bei mittelstarken die chromatische Erregung; erstere besteht in einem gleichförmigen, letztere in einem variablen photochemischen Vorgange. Die achromatische Erregung ist als die primitivste Form der Lichteinwirkung zu betrachten, während die chromatische erst auf einer höheren Entwicklungsstufe zur Ausbildung gelangt ist. Sowohl in dieser Theorie, die sich speciell gegen die *Young-Helmholtz*'sche Hypothese der Farbenwahrnehmung wendet, wie in dem ganzen vorliegenden Abschnitte und wie schon bei der Localisationsfrage tritt das entschiedene und, wie uns scheint, sehr erfolgreiche Streben des Vf.'s hervor, das Princip der specifischen Energien zu widerlegen und an seine Stelle dasjenige der accommodativen Entwicklung auf der Grundlage functioneller Indifferenz zu setzen.

Verhältnissmässig wenig verändert erscheint der dritte Abschnitt des Buches, der sich mit der Bildung der Sinnesvorstellungen beschäftigt. Erwähnenswerth sind hier namentlich die Ausführungen über die von *Goltz* im Anschlusse an *Flourens*' Experimente ausgesprochene Theorie, dass die Bogengänge des Gehörorgans zum Gleichgewichtsgefühle in Beziehung ständen. *Wundt* ist unter Berücksichtigung der einschlägigen klinischen und experimentellen Erfahrungen geneigt, die Bogengänge als eine Art inneres Tastorgan zu betrachten, welches die Druckschwankungen der Labyrinthflüssigkeit in den drei Hauptebenen registrire und somit geeignet sei, die durch das äussere Tastorgan und die Bewegungsempfindungen gelieferten Vorstellungen von der Lage des Körpers zu ergänzen. Die höchst wahrscheinlich centrale Verbindung des Acusticus mit dem Kleinhirn, das man ja ziemlich allgemein als Regulator der Körperstellungen betrachtet, würde dieser Ansicht als Stütze dienen.

Der vierte Abschnitt: Vom Bewusstsein und dem Verlaufe der Vorstellungen, ist gänzlich umgearbeitet und fast auf den doppelten Umfang

erweitert worden. Zunächst finden wir im 15. Capitel eine Reihe sehr interessanter Ausführungen über das psychologische Grundphänomen, das Bewusstsein. Indem *Wundt*, wie auch früher, den Begriff desselben als eine Abstraction aus der Thatsache auffasst, dass sich in uns Vorstellungen aus Sinneseindrücken bilden und sich mit einander verknüpfen, leugnet er folgerichtig die Existenz unbewusster und angeborener Vorstellungen und setzt an deren Stelle physische und psychische „Dispositionen", welche die Entstehung resp. Wiedererneuerung von Vorstellungen begünstigen, ohne mit diesen letzteren darum wesensgleich zu sein. Der weitere Gang der Untersuchung führt den Vf. zu dem Begriffe der Apperception, der Erfassung einer Vorstellung durch die Aufmerksamkeit, die *Wundt* sich stets von einem centrifugalen, den zugeleiteten Sinneseindruck verstärkenden Vorgange begleitet denkt. Wenn er die Perception als das Auftauchen einer Vorstellung in dem „Blickfelde" des Bewusstseins bezeichnet, so ist ihm die Apperception der Eintritt derselben in den „Blickpunkt". Der besondere Einfluss, welcher der Apperception auf den Verlauf und die Klarheit der Vorstellungen zukommt, sowie das begleitende Spannungsgefühl kennzeichnen dieselbe als Willensthätigkeit, ja sie ist sogar als die unmittelbare Voraussetzung jeder Willenshandlung zu betrachten, insofern einer solchen stets die Apperception der betreffenden Bewegungsvorstellung vorhergehen muss. Am deutlichsten tritt der Willenscharakter der Apperception dort hervor, wo aus einer Reihe im Bewusstsein befindlicher Vorstellungen von gleicher Stärke eine einzelne herausgehoben und in den Blickpunkt des Bewusstseins gebracht wird. Diesen Vorgang stellt *Wundt* als active Apperception der passiven gegenüber, bei der nur eine einzige oder wenigstens eine an Stärke alle übrigen sehr überwiegende Vorstellung im inneren Blickfelde vorhanden ist, so dass es sich hier nicht, wie im vorigen Falle, um einen Wahlact handelt. Bei der passiven Apperception vollzieht sich die Aufeinanderfolge der Vorstellungen nach den aus diesen selbst sich ableitenden associativen Verbindungen, während die active Apperception, von ganz andersartigen Momenten in ihrer Wahl bestimmt, durch „apperceptive Verbindungen" die Vorstellungen an einander knüpft.

Der Vergleich des Bewusstseins mit dem Blickfelde legt den Gedanken nahe, die Ausdehnung desselben, die Enge des Bewusstseins, auszumessen. *Wundt* fand durch geeignet angestellte Versuche, dass eine Reihe von 12 einfachen Vorstellungen als der Maximalumfang des Bewusstseins für relativ einfache und auf einander folgende Vorstellungen zu betrachten sei. An diese Untersuchung schliessen sich im 11. Capitel eine Anzahl von Experimenten zur Erforschung des zeitlichen Verlaufes der Apperception. Neu sind hier die von *Wundt* und seinen Schülern angestellten Versuche über die Unterscheidungszeit und Wahlzeit, über die Apperceptionszeit zusammengesetzter und über den zeitlichen Verlauf reproducirter Vorstellungen. Die Untersuchungsmethode war mit mannigfachen Modificationen im Allgemeinen diejenige, deren man sich zur Bestimmung der einfachen Reactionszeit be-

dient, wobei bekanntlich auf einen sich selbst registrirenden Reiz der Beobachter eine ebenfalls sich selbst aufzeichnende Willenshandlung ausführt. Dieses Schema wurde zunächst dahin abgeändert, dass dem Beobachter successiv Reize von verschiedener Qualität vorgeführt wurden (Scheiben von verschiedener Farbe), so zwar, dass die motorische Reaction erst nach erfolgter deutlicher Erkennung der Qualität ausgeführt wurde. Die so erhaltene Verlängerung der einfachen Reactionszeit, die bei Unterscheidung zwischen nur 2 Reizen etwa 0,05—0,08″ betrug, stellt die Unterscheidungszeit dar. Verwickelter wird der Zusammenhang, wenn die Art der motorischen Reaction nicht eindeutig bestimmt ist, sondern nach der Qualität des Prüfungsreizes variirt wird. In diesem Falle tritt zur einfachen Reactionszeit ausser der Unterscheidungszeit noch die Wahlzeit hinzu, die bei einfacher Versuchsanordnung zwischen 0,15—0,18″ schwankt. Um die Apperceptionszeit zusammengesetzter Vorstellungen zu untersuchen, wurde die Zeit gemessen, welche das Erkennen 1—6stelliger Zahlen in Anspruch nahm. Es ergab sich im Allgemeinen, dass die Apperceptionszeit bis zu 3stelligen Zahlen fast gar nicht, dann aber sehr rasch zunimmt. In ähnlicher Weise wurde die Associationszeit bestimmt. Der Prüfungsreiz war hier durch das Zurufen eines einsilbigen Wortes repräsentirt; die Reaction des Beobachters erfolgt, sobald in ihm durch dasselbe ein associirtes Erinnerungsbild wachgerufen war. Die hierbei auftretende Verlängerung gegenüber der einfachen Apperceptionszeit für jenes Wort ist die Associationszeit und betrug im Mittel 0,72″. Diese Zeit verlängert sich, wenn statt der einfachen Association etwa ein Subsumtionsurtheil gebildet werden soll, und zwar in diesem Falle um so mehr, je abstracter das Prüfungswort gewählt wurde. Endlich theilt *Wundt* noch Untersuchungen über die Geschwindigkeit aufeinander folgender Erinnerungsbilder mit. Die nach einer sehr geistreichen älteren Methode angestellten Versuche ergeben, dass die Erinnerungsbilder eine gewisse Neigung haben, in Intervallen von 0,72″, also mit der Geschwindigkeit associativer Verbindungen, auf einander zu folgen. Interessant ist es, dass dieses Intervall ziemlich genau dem Rhythmus des raschen Ganges entspricht.

Das 17. Capitel beschäftigt sich mit den Verbindungen der Vorstellungen, die sich, wie schon erwähnt, als associative oder als apperceptive darstellen. Die ersteren können sich dabei wieder zwischen simultanen oder zwischen successiven Vorstellungen vollziehen. Als besondere Formen der simultanen Association betrachtet *Wundt* 1) die Verschmelzung von Empfindungen, den paradigmatischen Vorgang der Vorstellungsbildung, 2) die Assimilation von Vorstellungen, z. B. einer Sinnesvorstellung mit einem Erinnerungsbilde (Illusion) und 3) die Complication der Vorstellungen, d. h. die Verbindung disparater Vorstellungen, z. B. von Bewegungs- und Gehörsvorstellungen mit einander. Diese letzte Form der simultanen Association ist für die Entwicklung der Geberden-, Laut- und Schriftsprache von hervorragender Bedeutung. Die successive Association lässt sich im All-

gemeinen als eine äussere, mehr durch Uebung vermittelte oder als eine innere, auf associativer Verwandtschaft beruhende, auffassen. Namentlich letztere liefert das Material für die Thätigkeit der apperceptiven Association, die sich in zwei Richtungen, als eine verbindende und als eine zerlegende darstellt. Sie ist es nämlich, welche einerseits die auf associativem Wege mehr äusserlich an einander gebundenen Vorstellungen durch die successiven Processe der Agglutination und der apperceptiven Verschmelzung zu neuen einheitlichen Vorstellungen höherer Ordnung vereinigt und somit schliesslich zur Entstehung der Begriffe führt, die aber andererseits durch die Zerlegung der complicirten Verschmelzungsproducte in ihre Bestandtheile das Zustandekommen analytischer und synthetischer Urtheile ermöglicht. Es würde uns viel zu weit führen, wenn wir hier näher auf die Einzelheiten dieser logischen Processe eingehen wollten; wir müssen uns daher begnügen, auf das hier besprochene Werk, sowie auf desselben Vf.'s Logik zu verweisen, die offenbar in vieler Beziehung für die vorliegende neue Auflage fruchtbar geworden ist. Den Schluss des 17. Capitels bildet eine sehr ansprechende Analyse der „geistigen Anlagen“, insofern sie in der Art der Vorstellungsverbindung wurzeln, nämlich des Gedächtnisses, der Phantasie und des Verstandes. Das erstere beruht, wie die Erscheinungen der Uebung, auf jener allgemeinen Eigenschaft der organisirten Materie, vermöge deren jeder Erregungsvorgang eine Disposition zu seiner Wiedererneuerung hinterlässt. Aber gerade darin liegt das Charakteristische des Gedächtnisses, dass die in ihm gegebene Möglichkeit associativer oder apperceptiver Wiedererweckung vergangener Vorstellungen eben erst durch die Mitwirkung des Bewusstseins zum wirklichen Erinnerungsvorgange führt, indem dasselbe die successive Verknüpfung der gegenwärtigen mit den reproducirten Vorstellungen vermittelt. Eine Gruppe von Vorstellungen ist es namentlich, die, den permanenten Hintergrund des Bewusstseins bildend, für den Reproductionsvorgang von Bedeutung werden, jene Vorstellungen, die sich auf unser eigenes Selbst beziehen und die Grundlage für die Entwicklung eines continuirlichen Selbstbewusstseins abgeben. Aus der durch den Erinnerungsact zu Gebote gestellten Reihe von Associationen schafft ihre Gebilde auf apperceptivem Wege die Phantasie, deren Wirksamkeit demnach, je nach der Art der apperceptiven Thätigkeit, eine passive und eine active sein kann. Die letztere ist es, welche dem künstlerischen Schaffen zu Grunde liegt. Während die Phantasie mit relativ einfachen Vorstellungen arbeitet, die noch mehr oder weniger deutlich die Spuren ihrer sinnlichen Entstehungsweise tragen, so operirt der Verstand mit den complicirten Producten der apperceptiven Verschmelzung, mit jenen verblassten und verflüchtigten Vorstellungen, welche die Bedeutung von Begriffen gewonnen haben. Verstand und Phantasie pflegen dabei stets Hand in Hand thätig zu sein. Die Art ihres Zusammenwirkens wird durch jene geistige Disposition bedingt, die wir Talent nennen und die, wie *Wundt* ausführt, vier Hauptformen erkennen lässt, welche sich aus der differenten Verbin-

dung der verschiedenen Richtungen des Verstandes und der Phantasie ableiten lassen.

Im 18. Capitel findet sich ein kleiner Abschnitt über die intellectuellen Gefühle eingefügt. *Wundt* bezeichnet als solche jene Gefühle, welche die apperceptiven Verbindungen der Vorstellungen begleiten. Als erste Form führt er die logischen Gefühle an, die sich als das Gefühl der Uebereinstimmung und des Widerspruchs, der Wahrheit und Unwahrheit, des Zweifels darstellen. Ihnen stehen die im Persönlichkeitsbewusstsein wurzelnden ethischen Gefühle des gehobenen und gehemmten Selbstgefühls, wie des Mitgefühls, ferner das religiöse Gefühl gegenüber. Durch die Verbindung dieser verschiedenen Formen intellectueller Gefühle mit den ästhetischen Elementargefühlen entstehen endlich die höheren ästhetischen Gefühle, auf deren verschiedenartiger Zusammensetzung wieder die differente psychologische Wirkung der einzelnen Künste auf den Menschen beruht.

Das 19. Capitel ist den Störungen des Bewusstseins gewidmet. In dem Abschnitte über Schlaf und Traum sind namentlich die Entstehungsbedingungen des Schlafes ausführlicher als früher besprochen. Neu ist die Darstellung der hypnotischen Zustände, die sich im Thatsächlichen an die bekannten Arbeiten von *Weinhold* und *Heidenhain* anlehnt. Dagegen betrachtet *Wundt* als die physiologische Grundlage des Hypnotismus nicht wie *Heidenhain* eine Thätigkeitshemmung der Grosshirnrinde im Allgemeinen, sondern er glaubt, dass die graduell sehr verschiedenen Störungen meist auf das Apperceptionsorgan beschränkt seien, so namentlich bei den automatischen Befehlshandlungen, bei denen alle psychischen Functionen mit Ausnahme der activen Apperception erhalten zu sein scheinen. Die complicirten Handlungen Hypnotischer wären demnach also nicht als Reflexe, sondern als psychische, aber dem Einflusse der activen Apperception entzogene Acte aufzufassen. Diese Anschauung dürfte in der That nicht nur die vorliegenden Beobachtungen am besten erklären, sondern sie dürfte sich auch für das Verständniss mancher ähnlicher psychopathischer Zustände als fruchtbar erweisen. Den Schluss dieses Capitels bildet eine leider zu aphoristisch gehaltene psychologische Analyse der „geistigen Störung". *Wundt* bespricht hier, wesentlich auf dem Boden der *Griesinger*'schen Anschauungen stehend, kurz die Sinnestäuschungen, die Veränderungen des Selbstbewusstseins und die Veränderungen im Vorstellungsverlauf nach ihrer Bedeutung für die psychologische Gestaltung des Irreseins. Wie wir hoffen, wird sich durch die Wiederannäherung der Psychiatrie und der heutigen Psychologie in nicht zu ferner Zeit dieser Abschnitt zu einem der bedeutendsten des ganzen Werkes umgestalten.

Der fünfte Hauptabschnitt umfasst die Lehre vom Willen und den äusseren Willenshandlungen. Als die elementarste Willenshandlung und als die Quelle des Willensbegriffes sieht *Wundt* den Vorgang der Apperception an. Das Gefühl der inneren Thätigkeit ist die charakteristische Begleiterscheinung des Willens, und es ist zugleich das constanteste, nie

fehlende Element des Bewusstseinsinhaltes. So kommt es, dass dasselbe in einen gewissen Gegensatz zu den übrigen, wechselnden Bestandtheilen desselben tritt und somit bei der allmäligen Scheidung des Ich von der Aussenwelt schliesslich als einziger Inhalt des Selbstbewusstseins zurückbleibt. Die äussere Willenshandlung denkt sich *Wundt* aus der „einfachen Triebbewegung“, dem von einer gefühlsstarken Empfindung begleiteten und beeinflussten Reflexe, dadurch herausentwickelt, dass die dabei appercipirte Bewegungsvorstellung sich zunächst fest mit der Ausführung der Bewegung verknüpft und somit eine die andere regelmässig hervorruft. Je mehr nun an Stelle der anfangs passiven, eindeutig bestimmten Apperception die active, wählende tritt, desto mehr geht die Willenshandlung in die willkürliche Handlung über. Die hierbei entstehende Concurrenz verschiedener Bewegungsvorstellungen ist es, welche zum Freiheitsbewusstsein führt, so dass dieses demnach durchaus nicht etwa als ein Ausdruck für eine Causalitätslosigkeit des inneren Geschehens anzusehen ist. Auf der anderen Seite gehen aus den Triebbewegungen, die sich in ihrem speciellen Charakter phylogenetisch entwickelt und durch Vererbung fixirt haben, die reflectorischen und automatischen Bewegungen hervor, indem das psychische Bindeglied zwischen Reiz und Bewegung sich ausschaltet. In ganz ähnlicher Weise können auch noch im Laufe der individuellen Entwicklung willkürliche Bewegungen durch häufige Uebung in Triebbewegungen und endlich in reflectorische, rein mechanisch ausgelöste Bewegungen übergeführt werden.

Der letzte Abschnitt des vorliegenden Werkes handelt von dem Ursprunge der geistigen Entwicklung und bringt eine weitere Ausführung der in den Schlusssätzen der ersten Auflage nur kurz angedeuteten Gedanken. *Wundt* giebt hier zunächst eine kritische Besprechung der Hauptansichten über die Grundlage des psychischen Geschehens. Während die materialistische Ansicht an der Nichtberücksichtigung der idealistischen Kritik unserer Erfahrung scheitert, müht sich der Spiritualismus vergebens ab, das metaphysische Problem der Wechselwirkung zwischen Leib und Seele zu lösen. Der Animismus endlich, jene Anschauung, welche die Seele als das Princip des Lebens auffasst und in der Geschichte der Psychologie hier und da immer wieder hervorgetreten ist, hat es überhaupt noch nicht vermocht, eine irgendwie haltbare Theorie der Lebenserscheinungen zu liefern. Bei der Unzulänglichkeit jener metaphysischen Hypothesen sucht *Wundt* nun zum Schlusse von dem inductiven Standpunkte der physiologischen Psychologie aus dem Probleme der psychischen Erscheinungen näher zu treten. Leider müssen wir es uns versagen, diesen höchst interessanten und gedankenreichen Ausführungen hier des Näheren zu folgen. Ausgehend von der principiellen Differenz zwischen der unmittelbar gewissen inneren und der erst mittelbar gewissen äusseren Erfahrung weist *Wundt* nach, dass durchaus keine Nöthigung besteht, den Substanzbegriff, wie er aus der letzteren durch die kritische Ausscheidung der rein subjectiven Elemente in unserem Vor-

stellungsmaterial gewonnen sei, auf die innere Erfahrung zu übertragen. Die reine Psychologie bedarf, da sie sich lediglich mit den unmittelbar gewissen Thatsachen der inneren Erfahrung zu beschäftigen hat, zunächst keiner metaphysischen Annahme, wie derjenigen einer Seele, sondern sie ist im strengsten Sinne des Wortes eine empirische Wissenschaft. Die nächste Aufgabe derselben würde eine psychische Entwicklungsgeschichte bilden. Insofern man nun als die einfachsten psychischen Elemente Empfindung und Wille ansehen muss, würde sich als die primitivste psychische Thätigkeit die Verbindung Beider, der Trieb, darstellen, aus welchem im Laufe der Entwicklung alle zusammengesetzten psychischen Functionen hervorgegangen wären. *Wundt* lässt daher sogar die Möglichkeit offen, dass man auch bei den Pflanzen, namentlich bei jenen den Thieren sich nähernden Uebergangsformen, elementare Triebäusserungen annehmen könne, die dann bei den höheren Entwicklungsstufen in ihrer Ausbildung stehen blieben. Auf der anderen Seite weist *Wundt* auf die hervorragende Bedeutung hin, welche der psychischen für die Gestaltung der physischen Entwicklung zukommt. Namentlich die auffallende Zweckmässigkeit der Lebenserscheinungen erklärt sich dadurch, dass dieselben vielfach phylogenetisch aus Zweckhandlungen ihren Ursprung genommen haben. Wenn uns die psychologische Analyse als primitivstes psychisches Phänomen den Trieb kennen gelehrt hat, so führt uns der psychophysische Standpunkt zu der Annahme, dass die bewegte Substanz zugleich Trägerin jenes Elementarphänomens sein müsse. Wir hätten uns demnach in jedem Substanzatome bereits eine Trieb anlage zu denken, aus welcher aber erst durch das Zusammentreten Vieler zu einer Einheit ein wirklicher Trieb sich entwickelte. Durch den inneren Zusammenhang nämlich jener vorher unverbundenen Triebelemente wird jene Continuität und Verbindung der Zustände gegeben, welche als die Bedingung des Bewusstseins anzusehen ist. Von diesem Standpunkte aus ist demnach „das, was wir Seele nennen, nichts Anderes, als das innere Sein der nämlichen Einheit, die wir äusserlich als den zu ihr gehörigen Leib anschauen“.

Wie sehr das *Wundt*'sche Werk in der neuen Bearbeitung noch an Reichhaltigkeit und Vielseitigkeit des Inhaltes gewonnen hat, erkennt man vielleicht schon aus dem hier gegebenen sehr fragmentarischen Referate. Was immer die morphologischen, physiologischen und medicinischen Hülfswissenschaften, was die einzelnen psychologischen und philosophischen Disciplinen an nutzbarem, thatsächlichem oder theoretischem Material zu Tage gefördert haben, das findet sich hier vereinigt und im Dienst der physiologischen Psychologie schöpferisch verwerthet. Hand in Hand aber mit der souveränen Beherrschung des Stoffes, wie sie besonders auch in den überall eingefügten kritischen und historischen Uebersichten hervortritt, geht bei *Wundt* das ausgesprochene Streben nach theoretischer Verknüpfung der Thatsachen und Gewinnung allgemeiner Gesichtspunkte. Es liegt auf der Hand, dass dieses Streben gewisse Gefahren in sich schliesst, nament-

lich dort, wo die Sicherheit der „Thatsachen“ selber in weitem Umfange noch nicht über diejenige blosser Vermuthungen hinausgeht, wie das z. B. in der Gehirnanatomie vorhanden ist. Wenn daher auch wohl mancher Hypothese *Wundt's*, wie er selbst gewiss zuerst zugesteht, nur ein provisorischer Werth zukommt, so scheint uns dieser Nachtheil durch die grossartige Einheitlichkeit der von ihm vertretenen Anschauungen überreichlich aufgewogen zu werden. Dazu kommt, dass gerade diese Art der Problembehandlung in hervorragender Weise eine präcise Fragestellung, sowie ein fruchtbares Zusammenarbeiten der Einzelwissenschaften ermöglicht und somit ganz besonders geeignet ist, Anregung und maassgebende Gesichtspunkte für ein weiteres gemeinsames Studium des schwierigsten Gebietes menschlicher Forschung zu gewähren. Möge die Psychiatrie sich daher den reichen Schatz fruchtbarer Gedanken, wie er ihr hier dargeboten wird, nicht entgehen lassen; sie wird nicht nur für sich selbst mannigfache Belehrung aus demselben schöpfen, sondern sie wird vielleicht auch durch ihn in den Stand gesetzt werden, ebensoviel der Psychologie zurückzugeben, als sie von jener empfängt. *E. Kraepelin.*

Kleinere Mittheilungen.

Zum Entmündigungsverfahren. — Mit einem 20jährigen Mädchen wurde nach einem 5monatlichen Aufenthalt in einer öffentlichen Irrenanstalt ein Explorationstermin abgehalten.

Ihre Antworten wurden vom Gerichtsschreiber kurz skizzirt, dann aber im Zusammenhang in das Protokoll nachgetragen. Sie gab dieselben meist nur auf Wiederholung der an sie gerichteten Fragen langsam, monoton. Sie kannte ihren Namen, ihren Heimathsort, den laufenden Monat, den Namen des Kaisers, auf ihr Alter musste sie sich erst lange besinnen, ihren Geburtsort konnte sie nicht angeben, wusste nicht wo sie sich befand, hielt sich nicht für geisteskrank, glaubte sich wegen Halsschmerzen in der Anstalt zu befinden, gab an, keine Eltern mehr zu haben, obwohl ihre Mutter noch lebt.

Um die körperlich geschwächte Explorantin nicht weiter anzugreifen, und da die Sache für Richter, Staatsanwalt und Sachverständigen sehr einfach lag, wurde von weiteren Fragen Abstand genommen, worauf der Letztere nachstehendes Gutachten unter Zugrundelegung der Gerichts-Anstaltsacten, ärztlicher Krankenjournale und eigener Wahrnehmung sofort ohne Concept zu Protokoll dictirte, weshalb es keinen Anspruch auf Mustergültigkeit macht.

A. R. ist das Kind eines Selbstmörders aus L. Sie ist am 8. Januar 1855 als Frühgeburt zur Welt gekommen und trägt gegenwärtig noch die Zeichen mangelhafter körperlicher Entwickelung an sich, indem die ganze linke Körperhälfte weniger entwickelt und ausgebildet ist. Die Entwickelungshemmung macht sich besonders an den Extremitäten bemerklich, indem die linken um 2—3 Centimeter kürzer und an verschiedenen Stellen derselben der Umfang 4—7 Centimeter geringer ist. Das Missverhältniss findet auch durch Herabsetzung der Sensibilität, Motilität und der Temperatur ferneren Ausdruck. Auch die linke Schädelhälfte ist viel schmaler, abgeflachter und kleiner als die rechte. Die Exploratin befindet sich gegenwärtig in einem ziemlich weit vorgeschrittenen Stadium allgemeiner Tuberculose, weswegen sie seit einiger Zeit beständig das Bett hüten muss. — Sie hat sich in ihrer Jugend geistig nur langsam entwickelt, so dass man auf sie besondere Rücksichten nehmen musste. Sie erkrankte in ihrem

17. Lebensjahre an den Pocken und verfiel hierauf unter gleichzeitigem Auftreten von Unregelmässigkeiten ihrer Menstruation in eine Geistesstörung, welche sich hauptsächlich durch ängstliche Erregungszustände, durch Schwatzhaftigkeit, Zerstörungssucht u. s. w. charakterisirte. Sie verzehrte Gänsekoth, Maikäfer und Glasstückchen, überhaupt Alles, was sie unter die Hände bekam und trieb es bald, besonders durch Verletzung des Schamgefühls, soweit, dass sie ein allgemeines öffentliches Aergerniss gab und am 10. Juli 1880 nach der hiesigen Anstalt gebracht werden musste. Sie zeigte sich hier noch leicht befangen von Angstempfindungen und Sinnestäuschungen und versuchte mehrmals Hand an sich zu legen. Mit dem Nachlass der activen Krankheitserscheinungen stellte sich bei ihr eine bedeutende Abschwächung ihrer Intelligenz und ihrer gesammten Geistesthätigkeit heraus. Sie war fast in jeder Beziehung nicht orientirt und gab auf fast alle Fragen verwirrte und unzusammenhängende Antworten. Sie hockte in irgend welchem Winkel umher, wusch und kämmte sich nicht und musste wie ein Kind gepflegt werden. Es versteht sich von selbst, dass sie es nicht zur geringsten Handreichung brachte. Dieser Zustand ist im Wesentlichen heute noch derselbe. Die Exploratin kennzeichnet sich soweit als eine mit körperlichen Degenerationszeichen behaftete Person, welche von Jugend auf es zu einer nur geringen geistigen Entwickelung brachte und welche nach einem Anfalle acuter Geistesstörung weitere Einbussen in ihrem Seelenleben erlitt, bis zu einem Grade, wie er durch die heutige Verhandlung hinreichend illustrirt wird und welcher „die Exploratin als des Vermögens ermangelnd erscheinen lässt, die Folgen ihrer Handlungen zu überlegen.

Ich erkläre sie daher für blödsinnig.

Auf den Antrag der Königlichen Staatsanwaltschaft, die A. R. wegen Geisteskrankheit durch Beschluss zu entmündigen, ertheilte das Königliche Amtsgericht folgenden Bescheid:

„In Erwägung

dass die nach Inhalt des Vernehmungsprotokolls von der p. R. auf die ihr von Seiten des Richters und des Sachverständigen vorgelegten Fragen ertheilte Antworten „nicht erkennen lassen, dass die p. R. sich gegenwärtig in einem geistig gestörten Zustande befindet, die in dem Antrage ferner angegebenen Thatsachen und Beweise nicht geeignet erscheinen, deren Richtigkeit vorausgesetzt, die Ueberzeugung von dem Vorhandensein einer dauernden geistigen Gestörtheit der p. R. zu begründen, wodurch nur auf eine vorübergehende Störung ihrer Geistesthätigkeit würde schliessen lassen, welche in dem körperlichen Leiden und Gebrechen der p. R. eine genügende Erklärung findet,

in Erwägung

dass eine wiederholte Vernehmung der p. R. aus dem Grunde ausgeschlossen erscheint, weil solche für deren Gesundheitszustand nachtheilig sein würde und von dem Gutachten anderer zur Feststellung deren Geisteszustandes zuzuziehender Sachverständiger eine weitere Aufklärung nicht zu erwarten

ist, weil das Gutachten von Sachverständigen, welche die p. R. nicht behandelt oder wenigstens längere Zeit beobachtet haben, nur zur Unterstützung anderer Beweise dienlich — aber für sich allein nicht für ausreichend würde erachtet werden können, die Gewissheit der Geisteskrankheit als vorhanden anzunehmen,

in Erwägung

dass in dem Gutachten des Dr. — die p. R. zwar für schwachsinnig, aber nicht des Gebrauchs ihrer gesunden Vernunft beraubt erklärt wird, das Gutachten des Dr. — ferner auf Grund dessen die p. R. der Provinzial-Irrenanstalt zum Heilversuch zugeführt worden ist, nur den damaligen, aber nicht den gegenwärtigen Geisteszustand der p. R. zu illustriren geeignet erscheint,

in Erwägung

dass es hiernach an genügenden Anhaltspunkten mangelt, welche zur Feststellung einer Geisteskrankheit der p. R. im gesetzlichen Sinne (Wahnsinn oder Blödsinn) werden führen können, die constatirten Fälle von acuter Geistesstörung aber, weil dieselben von vorübergehender Art gewesen sind, und nachweisbar durch körperliche Leiden hervorgerufen sind, eine solche Feststellung für sich allein noch nicht begründen können, gemäss § 593 ff. der Civil-Processordnung die Entmündigung der unverehelichten p. R. wegen Geisteskrankheit wird abgelehnt und die Kosten des Verfahrens werden der Staatskasse auferlegt."

Es ist etwas sehr Missliches, dass ein Richter, welcher seine Kenntniss von der Sache nur aus den Acten schöpft, sich dem Urtheil des requirirten Richters, des mitanwesenden Staatsanwaltes und des Sachverständigen gegenüber einfach ablehnend verhält, während ein Blick auf die Exploratin und nur wenige Worte von ihr hinreichen, selbst einem Laien die Ueberzeugung zu gewähren, dass dieselbe eine geisteskranke und blödsinnige Person ist. Der Fall lag für Staatsanwalt und Richter so einfach, das Bild der Exploratin sprach so deutlich, dass sie eben eine weitere eingehendere Befragung für unnöthig hielten, und dass der Staatsanwalt hierauf beantragte, den Entmündigungsbeschluss auszusprechen. Dieser persönliche Eindruck der Exploratin geht dem beschliessenden Richter ganz verloren. Er hört es nicht, dass die Exploratin zwischen jeder an sie gerichteten Frage und ihrer Antwort immer eine lange Zeit vergehen lässt und dass sie dann abgerissene Worte hervorstösst, bei denen man sich die grösste Mühe geben muss, um zu hören und zu verstehen, was sie spricht. Er kann ihren blöden Gesichtsausdruck nicht sehen und trotzdem, dass ihm bei seiner Beurtheilung kein anderer Anhalt gegeben ist, glaubt er der im Gutachten gegebenen Schilderung vom Zustande der Exploratin nicht und erklärt sie ohne Weiteres für gesund und zwar auf Grund einiger weniger richtig beantworteter Fragen, während er die viel wichtigeren falschen und verwirrten Antworten, die ganz unter denselben Umständen ertheilt wurden, ausser Berücksichtigung lässt. Wenn der Richter eine Person für geistesgesund

hält, die in der eben geschilderten Art Beweise ihrer Desorientirung und ihrer Urtheilslosigkeit an den Tag legt, so lässt sich eben darüber Nichts weiter sagen, aber correct ist es jedenfalls nicht. Die im Antrage enthaltenen Thatsachen und Beweise, die ihm nicht geeignet erschienen, die Ueberzeugung einer dauernden Geisteskrankheit zu begründen, bezieben sich auf das ärztliche Aufnahmeattest und die amtliche Unheilbarkeitserklärung der Anstalts-Direction. In dem ärztlichen Atteste wird aber angeführt, dass die geringe Ausbildung der Exploratin auf einem niedrigen Niveau geblieben, dass die Familie der Exploratin eine psychopathische sei, indem sich ihr Vater aus Schwermuth selbst entleibte. Der Arzt, der dieses Zeugniss ausstellte, nahm allerdings eine günstige Prognose an und hoffte die Kranke in kurzer Zeit genesen zu sehen. Bezüglich des Exaltationszustandes hatte er wohl recht, den psychischen Allgemeinzustand hat er aber gar nicht beachtet. Ein niedriges Niveau der Geistesbildung der Art, wie es bei der Exploratin vorhanden ist, das von Jugend an keine Aenderung und Besserung erfahren hat, ist einer Erhöhung nicht fähig, besonders dann nicht, wenn, wie in diesem Falle, die ganze Entwickelung gezeigt hat, dass deren Defecte nicht erst entstanden sind, nachdem zuvor geringe Gesundheit bestanden hat, sondern dass die Exploratin vermöge ihrer schwachen Geisteskräfte überhaupt nicht im Stande war, sich eine normale Bildung anzueignen. Auf diese Ungelehrigkeit und Bildungsunfähigkeit, sowie auf die erbliche Belastung giebt dieser Richter nichts. Nun wird aber meines Erachtens und aller Erfahrung gemäss die Entmündigung nicht allein auf Grund derjenigen Thatsachen ausgesprochen, die der Antrag beibringt, sondern es müssen ebenso diejenigen Thatsachen beachtet werden, die im Termine zum Vorschein kommen und schliesslich diejenigen Thatsachen, die der Experte auf Grund der Acten, dem Krankenjournale, sowie der eigenen Wahrnehmung mit seinem Sachverständigeneide zu bekräftigen in der Lage ist. Der Richter musste in diesem Falle auf die Schilderung des Experten hören, die derselbe von dem sonstigen Verhalten gegeben hat und musste bei der Schilderung einer so überaus stark degenerirten und so starke Entwickelungserscheinungen darbietenden Person an der Hand des sachverständigen Urtheils darauf hingewiesen werden, dass dergleichen körperliche Degenerationserscheinungen in psychischer Beziehung Analogien haben. Ebenso wie die körperlichen Defecte dauernde sind, ebenso sind die damit verknüpften psychischen Defecte dauernd.

Im Gegensatz zu der Auffassung des Richters war die Blödsinnigkeitserklärung nicht auf das Vorhandensein einer acuten Geistesstörung gegründet, sondern auf die psychischen Defecte; es war im Gutachten ausdrücklich erwähnt, dass die Zeichen der acuten Geistesstörung zurückgetreten seien. Es muss nun sonderbar erscheinen, dass der Richter trotzdem behauptet, die Exploratin leide nur an einer vorübergehenden Geistesstörung, die seiner Ansicht nach in dem körperlichen Leiden und Gebrechen eine genügende Erklärung finde. Es ist ein altes Verbot, dass der Arzt sich

vom Gebiete des Richters fern halten sollte, aber ebenso muss der umgekehrte Satz gelten. Der Richter überschreitet seine Befugnisse, wenn er mit der körperlichen eine geistige Krankheit in Beziehung bringt, weil ihm die sachverständigen Kenntnisse hierzu mangeln. Käme es in diesem Falle auf diese Beziehungen an, so würde sie von jedem Sachverständigen angeführt worden sein. Es ist ein Uebergriff, wenn ein Laie in ärztlichen Dingen eine andere Ansicht aufstellt und deren Richtigkeit gegen den Sachverständigen behauptet. Wenn der Richter eine officielle amtliche Unheilbarkeitserklärung, die von einer öffentlichen Behörde ausgeht, nicht für geeignet erachtet, die Ueberzeugung von dem Vorhandensein einer dauernden geistigen Gestörtheit zu begründen, warum fragt er denn überhaupt an, ob Der oder Jener unheilbar ist, was hat denn der Sachverständige überhaupt zu thun? Auch in der zweiten Erwägung überschreitet der Richter seine Competenzen, wenn er einfach entscheidet, dass die Vernehmung der Exploratin ihrem Gesundheitszustande nachtheilig sei. Meint er etwa den körperlichen Gesundheitszustand, der durch eine Vernehmung geschädigt werden könnte, so kann sich doch Niemand vorstellen, dass eine Lungenschwindsucht dadurch, dass die betreffende Person ein paar Worte spricht, eine erhebliche Verschlimmerung erfahren sollte! Oder meint er den geistigen Zustand? Erst hat der Richter es abgelehnt, an das Vorhandensein einer Geistesstörung zu glauben, nun soll die Vernehmung einer nach ihm gesunden Person für deren geistigen Gesundheitszustand nachtheilig sein? Wenn der Richter nun ferner behauptet, dass andere Sachverständige über den einfachen Fall keine weitere Aufklärung geben könnten, so hat er freilich eine sehr üble Meinung von denselben. Wenn er fürchtet, dass ihr Urtheil nur zur Unterstützung anderer Beweise dienlich sein würde, so dürfte er freilich Recht haben, da sie zweifellos zu einem anderen Resultate kommen würden, als zu dem des Richters. Wie dieser aber nun berechtigt ist, eine zweite Vernehmung von Sachverständigen abzulehnen, muss für Jedermann Anstoss erregend sein; denn es sollte die unabweisliche Pflicht des Richters sein, sich in allen Fällen, die ihm zum Beschluss unreif erscheinen, oder die er noch nicht verstanden hat, mit Zuhülfenahme aller ihm nur irgend dienlichen Mittel sich so lange dahin zu instruiren, bis ihm über die Sache ein Zweifel absolut nicht mehr obwaltet. Wenn er eine Abweisung anderer Sachverständiger damit motivirt, dass ihre Angaben doch auch nicht hinreichen würden, um die Gewissheit einer vorhandenen Geistesstörung anzunehmen, wozu soll denn überhaupt die Vernehmung von Sachverständigen dienen?

Der nächste Abschnitt des richterlichen Abweisbeschlusses ist voller Widersprüche. Darnach behauptet er, der Sachverständige habe die Exploratin zwar für schwachsinnig, aber nicht des Gebrauches ihrer gesunden Vernunft beraubt erklärt. Darnach scheint es, als ob der Richter den Schwachsinn der Exploratin, den der Sachverständige constatirt hat, gelten lässt. Dieser Schwachsinn, obwohl er der Art ist, wie oben geschildert

wurde, ist ihm nicht genügend, um einen Menschen für blödsinnig zu erklären. Nun ist es allerdings richtig, dass der Sachverständige die Exploratin nicht für eine Person erklärt hat, die des Gebrauches ihrer gesunden Vernunft beraubt ist, wohl aber für eine, die des Vermögens ermangelt, die Folgen ihrer Handlungen zu überlegen. Ob der Richter den Schlusspassus des ärztlichen Gutachtens ganz übersehen hat, wo von dem Blödsinn der Exploratin die Rede ist, kann kaum angenommen werden. Dass er nun den einen Theil des Gutachtens, den Schwachsinn zugiebt, die daraus gezogene Folgerung des Blödsinns aber nicht, dass er vielmehr etwas Anderes gar nicht Berichtetes herbeizieht und plötzlich von einer Wahnsinnigen spricht, das ist zum mindesten sonderbar. Nach seinen Ausführungen scheint es fast, als ob er nur Denjenigen entmündigen wollte, der für wahnsinnig erklärt worden ist. — Dass das Aufnahmeattest sich nur mit dem Zustande der Exploratin vor der Aufnahme beschäftigt, ist zweifellos, es hat auch Niemand etwas Anderes behauptet.

In seinem letzten Absatz fasst der Richter alles Voranstehende noch einmal zusammen, wobei er sich jedoch nicht hinreichend deutlich ausdrückt, ob er nun dennoch an das Vorhandensein einer acuten Geistesstörung glaubt; er scheint sie am Schluss, entgegen seinen früheren Auseinandersetzungen anzunehmen, denn er meint, sie sei ja nur vorübergehend und genüge nicht, um die Entmündigung über die Exploratin auszusprechen.

Dass er den angeführten Thatsachen und der ganzen Sachlage gemäss eine Menge Anhältepunkte giebt, die auf das Vorhandensein einer Geisteskrankheit, in specie des Blödsinns bei der Exploratin schliessen lassen, wird Niemandem zweifelhaft geblieben sein, so dass ich mich eines Urtheils über einen derartigen Richterspruch gänzlich enthalten kann. Die lehrreichen Streiflichter, die ein solcher Fall wirft, ist Jeder selbst zu betrachten im Stande.

Fragen wir aber nach den Folgen, die ein derartiger Beschluss nach sich zieht, so hat er im concreten Falle die Entlassung dieser ganz blödsinnigen Person aus der Anstalt im Gefolge, denn diese ist nur berechtigt geisteskranke Individuen zu behalten, muss Personen aber sofort entlassen, die gerichtlich für gesund erklärt werden. Exploratin kommt in ihr heimathliches Dorf zurück, fällt ihrer schwergeplagten Mutter zur Last, die sie waschen, kämmen, ankleiden, pflegen und wie ein Kind behüten muss, denn eine Person von der vorgeschilderten Beschaffenheit darf keinen Augenblick ohne Aufsicht sein, wenn sie nicht in diejenigen thierischen Manieren zurückverfallen soll, von denen mehrfach die Rede war. Da die Exploratin ohne Vermögen ist, so werden andere nachtheilige Folgen in diesem Falle nicht hervortreten. — Wenn sie aber im Besitze eines grossen Vermögens wäre, was für ein Unglück könnte sie dann damit anrichten, oder wie leicht könnte sie um all das Ihrige gebracht werden! *Kroemer.*

Ueberraschende Genesung. — Frau M....... war in gesunden Tagen eine sehr lebhafte, energische, gesellige Dame, in ihrer 6 Jahre andauernden Krankheit völlig stumm, mit niedergeschlagenen Augen, scheinbar ohne alle Theilnahme, mit fest eingeklemmten Daumen, sehr steif sitzend, immer denselben Platz beanspruchend, zuweilen in krampfhaftes Weinen ausbrechend, wenn Jemand vorübergehend ihr Kleid streifte, wenn ihr des Nachts die festgeballten Hände im Schlaf auseinander gefallen, wenn die geringste Bewegung im Garten vorkam, oder eine Thätigkeit von ihr verlangt wurde. Ich beschränkte mich schliesslich auf ihre Pflege.

Das erste Zeichen eines neuen Lebens verrieth die Kranke beim Vorlesen: Man sah ihr an, mit welchem Interesse sie die Sache verfolgte. Eines Abends, als eine Störung in der Lectüre eintrat, äusserte sie ihr Bedauern. Das zweite und wichtigere Heraustreten aus ihrer Passivität geschah eines Tages bei Besprechung einer Landpartbie. Sie richtete den Kopf auf (mit einem lebendigen Ausdruck im Gesicht) und frug: was würden Sie sagen, wenn ich heut mitwollte! — Sie liess sich ankleiden, fuhr mit, sah Alles mit Theilnahme an, unterhielt sich über Erinnerungen früherer Erlebnisse an demselben Orte und äusserte schliesslich, „so, nun habe ich die Welt in ihrer Schönheit noch einmal gesehen, nun sitze ich wieder still".

Der theilnahmlose Zustand dauerte wieder vom Juli bis November fort, dann aber bei den Zurüstungen zum Weihnachtsfeste, bei der Schneiderei verlangte Frau M...... auch Arbeit, wurde von Tag zu Tag thätiger, arbeitete sehr gut, hatte Theilnahme für Alles und konnte zu Johanni 1878 völlig genesen mein Haus verlassen. Obgleich schwere Prüfungen, mancherlei tiefgreifende Gemüthserschütterungen ihrer warteten, ist ihre innere Ruhe in keiner Weise gestört worden. Sie lebt mit ihren Söhnen in voller Selbstständigkeit seit 1878 in Berlin.

P. P.

Entgegnung.

Das Referat des Herrn Prof. *Dittmar*, Bd. 37, Heft 4, S. 354 Ihrer Zeitschrift über meinen Aufsatz in Mind No. XVII. hat jetzt erst meinen entlegenen Wohnort erreicht. Nicht zur Aufklärung persönlicher Missverständnisse, sondern lediglich der sehr wichtigen Sache wegen, möge es mir vergönnt sein, so spät noch einige wenige Bemerkungen nachzutragen.

Durch Protoplasmastudien [1]), auf dem Wege der Analogie, bin ich zu der Ansicht gelangt, dass die in Sinnesnerven an der Peripherie eines Or-

[1]) The elementary functions and the primitive organisation of protoplasm, St. Thomas's Hospital Reports for 1879, London. Mind No. XIX u. XX. The Unity of the Organic Individual.



ganismus erregten Vorgänge in einer gemeinsamen centralen Substanz weitere Energien auslösen, welche Empfindungscomplexen entsprechen; und es ergab sich ferner, dass dieses centrale Substrat zwar ein physisch continuirlicher, aber dennoch ein chemisch durchaus graduirter Stoff sein muss. Ich glaube in der That, wie Referent bemerkt, und trotz meines von ihm diagnosirten Idealismus, dass ein derartiges Substrat die physische Grundlage der Einheit des Bewusstseins ausmacht. Denn auch ich bekenne mich zu dem fundamentalen Glaubenssatze der Psychophysik; in meinen Forschungen stets voraussetzend, dass jeder psychische Process für den Zuschauer ein physisches Correlat hat. Nun kann aber unter dieser Voraussetzung ein einheitlicher psychischer Zustand kein anderes physisches Substrat haben, als ein morphologisches Continuum, welches als physiologische Einheit functionirt. Mir gilt, auch aus anderweitigen Gründen (siehe angegebene Schriften) das ganze Ektoderm für eine derartige Einheit. Sämmtliche sensible Nerven scheinen mir zu einer physischen und chemischen Einheit zusammenzuschmelzen; und sämmtliche motorische Nerven des Ektoderms scheinen mir von dieser selben neurologischen Einheit auszugehen.

Warum ich mich nun aber so sehr darauf versteife, keinen aus Fasern und Zellen bestehenden „Seelensitz" anzunehmen, ist aus einfachen physiologischen Gründen leicht ersichtlich. Man nimmt doch heutzutage als wissenschaftlich festgestellt an, dass die einzelnen centralen Nervenzellen Lebenseinheiten sind, denen elementare Lebensfunctionen zukommen und dass erst aus der Zusammenwirkung vieler solcher Zellen complexe Functionsresultate entstehen. Mein ganzes Argument zielt nun darauf hin zu zeigen, dass eine derartige Summirung der in den einzelnen Zellen ausgelösten elementaren Energien eine baare Unmöglichkeit ist.

Eine Zelle ist, der gangbaren Anschauung gemäss, eine physiologische Einheit, welche, gereizt, nur die ihr eigens zukommende Function bethätigt. Der durch Reize ausgelöste Lebensvorgang bleibt somit unveräusserlich in's innere der Zelle gebannt. Ihre Function ist eben allein nur ein Ergebniss ihr selbst innewohnender Kräfte und kann sich nirgendwie nach Aussen hin übertragen. Wenn der Lebensvorgang in einer Nervenzelle durch Vermittlung von Nervenfasern seinen Einfluss auf eine andere Zelle geltend machen soll, so könnte dies nur so geschehen, dass der durch die Zellfunction in der Nervenfaser erregte Molecularprocess in der zweiten Zelle nun wiederum die ihr bereits speciell inhärirende Energie auslöst. Nimmermehr können jedoch durch eine derartige Reizverbindung die Energien beider Zellen zu einem Gesammteffect zusammenwirken oder zu irgend welcher vereinter Aeusserung sich verbinden. Da nun sämmtliche Nervenzellen, nach zelltheoretischen Grundsätzen, functionell selbstständige Wesen sind und sämmtliche Nervenfasern für reizvermittelnde Gebilde gehalten werden, so ist es ganz klar, dass complexe Empfindungen und Bewegungen weder in Nervenzellen noch in Nervenfasern ihren Ursprung haben können.

Diese Erwägungen reichen vollkommen hin, unabänderlich festzustellen,

dass die inneren Bewegungen mit ihren sie begleitenden qualitativen Werthen, welche — der angenommenen Theorie nach — in selbstständig geglaubten, elementaren Lebenseinheiten entstehen sollen, sich in keinerlei Weise zu Gesammtwirkungen zusammensetzen können. Es ist daher entweder der psychophysische Grundsatz der Konkomitanz und Inhärenz des psychischen Factors falsch; oder aber man hat die Anwendung der Zellentheorie auf das Nervensystem aufzugeben. Dies zu beweisen war, wie gesagt, der Hauptzweck meiner Arbeit.

Damit ist jedoch keineswegs ausgeschlossen, dass in Wirklichkeit, der Zellentheorie entgegen, die sogenannten Nervenzellen und sogenannten Nervenfasern selbst zu dem morphologischen und physiologischen Continuum zu rechnen sind, welches das Substrat der psychischen Vorgänge ausmacht. Dann sind sie aber auch keine Zellen und Fasern im zelltheoretischen Sinne, sondern integrirende Theile der physisch homogenen und chemisch kumulirenden Substanz, welche im Ektoderm empfindend und bewegend sich bethätigt. Vielleicht erklärt es sich gerade auf diese Weise, warum die elementaren Empfindungen in dem stufenweise sich aufbauenden Empfindungscomplex mehr oder weniger lebhaft in ihrer eigenen Beschaffenheit zugegen sind.

Warum Herr Referent es mir so sehr verdenkt, dass ich mich mit Mikroskopie befasse und meine histologischen Aussagen allemal bespöttelt, ist mir nicht recht erklärlich. Ich habe nur behauptet, dass die zuverlässigsten Histologen noch keine normalen Anastomosen zwischen den Fortsätzen verschiedener centraler Nervenzellen aufgefunden haben und dass, wenn auch solche nachgewiesen wären, sie — zelltheoretisch ausgelegt — den Psychologen wenig nützen könnten. Ich bin mir nicht bewusst, mich irgendwo selbst als histologische Autorität aufgespielt zu haben. Vielmehr habe ich ausdrücklich in aller Ehrerbietung deutschen Forschern diesen hohen Rang zuerkannt. Dass aber die Neuroglia eine homogene oder wenigstens einfach granuläre Grundsubstanz besitzt, in welcher sämmtliche geformten Elemente liegen und allem Anschein nach auch endigen und entspringen, ist denn doch eine ausgemachte Thatsache. Das Eigenthümliche meiner Ansicht liegt hier nur in dem Umstand, dass ich dieser homogenen Grundsubstanz höchste neurologische Bedeutung zuschreibe.

Was die verhältnissmässig grössere Einschränkung dieser Grundsubstanz beim Menschen betrifft, so rührt sie offenbar von der grösseren Anzahl darin vorhandener, relationeller Elemente: resp. Zellen und Fasern her. Ueberdies kann doch gewiss kein Morphologe verlangen, dass ein Forscher, der von der neurologischen Bedeutung der Neuroglia überzeugt ist, nun doch 1 Cubmm. Stratum moleculare eines Ochsen für qualitativ gleichwerthig mit 1 Cubmm. Stratum moleculare eines Menschen halten soll.

Im Ganzen jedoch kann es mir in meiner vom Herrn Referenten mir zuertheilten Rolle eines Fachphilosophen nur schmeichelhaft sein, die Hauptergebnisse meiner Studie von einem so sattelfesten Naturforscher bestätigt

zu erhalten. Er spricht mir in Bezug der specifischen Energien, der functionellen Indifferenz gegenüber, Recht zu und er ist auch geneigt die Neuroglia, d. h. das von ihm dazu gerechnete feinste Netzwerk, mit welchem sowohl sensible wie motorische Elemente in die Grundsubstanz übergehen, als Sitz der höheren geistigen Processe anzuerkennen. Es bedarf daher seinerseits nur der Entledigung des sehr kleinen Restes zelltheoretischer Vourtheile, welche er noch in dieses centrale Gebiet mitbringt, um durch einen fast unmerklichen Uebergang in meinen allerdings arg heterodoxen Anschauungen sich verfangen zu finden.

Schliesslich dem Herrn Referenten meinen aufrichtigen Dank für sein gefälliges Eingehen auf den Inhalt meiner Schrift.

Hempstead, Waller County Texas, U. S. America.

Edmund Montgomery.

Berichtigung. — Die aus den Zeitungen im Bd. 37, S. 755 dieser Ztschr. übergegangene Nachricht, dass in Charenton ein Kranker im Alter von 103 J. gestorben, der 83 Jahre dort gewesen sei, wird in Ann. méd. psych. Mai 1881, p. 522 von Mr. *J. Christian* als eine falsche berichtigt. Es existiren schon manche ungewöhnliche Fälle von einer durch sorgfältige Anstaltspflege erreichten langen Lebensdauer eines Kranken, aber obiger würde doch sehr weit allen anderen vorangegangen sein. Für die Berichtigung besten Dank!

Dank.

Für die zahlreichen Beweise der Liebe und Anerkennung, mit welchen ich bei der Feier meiner 25jährigen Wirksamkeit als Director der Anstalt in Hildesheim am 14. März d. J. überrascht und erfreut worden bin, sage ich meinen verehrten Herren Collegen meinen herzlichsten Dank.

Hildesheim, im April 1881. *Snell.*

Personal-Nachrichten.

Dr. *Ch. Roller* in Strassburg hat die ärztliche Direction der Privat-Heilanstalt zu Kaiserswerth übernommen.

Dr. *Eickholt*, 2. Arzt der Prov.-Irrenanstalt zu Merzig, ist als 2. Arzt nach der Prov.-Irrenanstalt zu Grafenberg,

Dr. *Fabricius*, Assistenzarzt der Prov.-Irrenanstalt in Düren als 2. Arzt nach der Prov.-Irrenanstalt zu Merzig versetzt worden.

Dr. *C. Stöver*, Assistent in der Prov.-Irrenanstalt zu Stephansfeld ist als 3. Arzt in die Prov.-Irren-Heilanstalt zu Leubus eingetreten.

Dr. *Flamm*, Director der Privatheilanstalt zu Pfullingen ist zum Kgl. Hofrath ernannt worden.

Dr. *Franz Fischer*, Geheimer Hofrath u. Director der Gr. Heil- u. Pflege-Anstalt zu Pforzheim ist am 1. Juni nach langem, schweren Leiden gestorben.

Ueber Erkrankungen des Rückenmarkes bei Dementia paralytica und ihr Verhalten zum Kniephänomen und verwandten Erscheinungen.

Von

Dr. Claus
in Sachsenberg.

Als *Westphal* gleichzeitig mit *Erb* im fünften Bande des Archivs für Psychiatrie seine Beobachtungen über die von ihm als Knie- und Fussphänomen bezeichneten Erscheinungen veröffentlichte, betonte er sofort auch die Wichtigkeit der strangweise auftretenden Erkrankungen des Rückenmarkes für das weitere Studium der genannten Phänomen. Selbstverständlich war damit die Aufmerksamkeit auf das Verhalten des Rückenmarkes bei den paralytischen Geisteskranken gelenkt, da ja gerade bei diesen die strangförmigen Degenerationen des Spinalrohrs zu den nahezu ausnahmslosen Befunden gehören. Ich habe daher seit dieser Zeit auf das Verhalten dieser Erscheinungen bei der Paralyse immer mein besonderes Augenmerk gerichtet. Allerdings sind bereits von anderer Seite Mittheilungen über diesen Gegenstand gemacht worden. So unter Anderen von *Kelp* im Irrenfreund (17. Jahrgang No. 9) und von *Muhr* im Psychiatrischen Centralblatt (1878 No. 2). Die von diesen Autoren mitgetheilten Fälle beziehen sich aber nur auf die klinische Beobachtung, der Abschluss und die bestätigenden Nachweise durch Section fehlen. Auch *Westphal* hat später die Beziehungen der betreffenden Phänomen zur Paralyse in seinem Aufsatze „Zur Diagnose der Degeneration der

Hinterstränge des Rückenmarkes bei paralytischen Geisteskranken (Arch. f. Psych. Bd. VIII.) einer kurzen Besprechung unterzogen. Ohne Mittheilung einzelner Fälle spricht er sich im Anschluss an seine frühere Behauptung über Kniephänomen und Tabes dorsalis dahin aus, dass jeder paralytische Kranke mit Gehstörung, bei denen es constant unmöglich ist, eine Contraction des Quadriceps durch Klopfen auf die Patellarsehnen hervorzubringen, an Degeneration der Hinterstränge des Rückenmarks leidet, die sich auch auf den Lendentheil desselben erstreckt. Ueber eine Gruppe von paralytischen Geisteskranken, bei denen das Kniephänomen bis zu Ende des Lebens gut ausgebildet, oder ähnlich wie bei den Fällen von Sklerose der Seitenstränge sehr gesteigert war, behält er sich weitere Mittheilungen vor. Gleichzeitig spricht er in seiner Arbeit seine Verwunderung darüber aus, dass diese für die Gesammtanschauung der paralytischen Geistesstörung so interessanten Thatsachen von anderer Seite nicht genügend verfolgt worden sind. Es erscheint mir daher nicht ungerechtfertigt, wenn ich in Folgendem meine eigenen, an 19 paralytischen Kranken gemachten Beobachtungen über diesen Gegenstand zu veröffentlichen unternehme, besonders da meine Fälle sämmtlich durch die Ergebnisse der Section und die mikroskopische Untersuchung als vollkommen abgeschlossen zu betrachten sind.

I. V., unverheir. Holzhändler, bei seiner Aufnahme am 27. Juli 1875 35 Jahre alt, ohne directe erbliche Anlage, es heisst nur, dass ein Vetter der Mutter an Dementia paralytica gestorben ist. Pat. excedirte viel in Venere und war schon seit längerer Zeit der Syphilis verdächtig, auch den Spirituosen war er in ziemlichem Grade ergeben. Die ausseranstaltliche Krankheitsdauer betrug 2 Jahre. Der Kranke gehörte der Anstalt mit Ausnahme einer 14tägigen, von den Angehörigen versuchsweise unternommenen Entlassung während eines vierjährigen Zeitraumes an. Die Diagnose der Dementia paralytica war sehr bald unzweifelhaft. Gedächtnissschwäche, Energielosigkeit, charakteristischer Grössenwahn, Wechsel der Stimmung und terminaler Blödsinn waren die Erscheinungen physischerseits.

Die Sprache war von Anfang an anstossend und schlecht articulirt, in der letzten Periode zittrig, lallend und schliesslich nur sehr schwer verständlich; die Pupillen meist eng, mehrfach ungleich, dabei längere Zeit die linke weiter, später die rechte. Ungleichheit der Gesichtshälften wurde

ebenfalls beobachtet und zwar meist so, dass der rechte Mundwinkel tiefer stand; ausserdem bestand Zittern und Beben der Gesichtsmuskeln und der Zunge. Sehstörungen fehlten während der gesammten Krankheitsdauer.

Mehrfach kamen Schwindelanfälle zur Beobachtung; auch traten einige Male rasch vorübergehende Zustände auf, welche als paralytische Anfälle mit epilepti- und apoplectiformem Charakter angesehen werden konnten. Der Gang des Kranken zeigte, so lange er auf sein konnte, einen ausgesprochen ataktischen Charakter. Auch später, als Pat. dauernd zu Bett lag, waren die Bewegungen der Beine, wenn man ihn zu beiden Seiten unterstützt gehen liess, schleudernd und coordinationsloser Natur. Beim Stehen mit dicht an einander gestellten Füssen trat stets sofort ein deutliches, wenn auch zu verschiedenen Zeiten verschieden starkes Schwanken ein, das durch Verschluss der Augen verstärkt wurde, oder sich bis zum Umfallen steigerte. Auf einem Beine konnte er nicht stehen. Seit Juni 1876 konnte der Kranke nicht mehr gehen, musste im Rollstuhl umhergefahren werden, nur als er seit Mitte 1878 sich auch nicht mehr sitzend aufrecht halten konnte, war er dauernd an das Bett gebunden. Auch im Liegen liess sich an den Bewegungen der Beine das Bestehen einer Ataxie deutlich nachweisen. Die grobe Kraft der Beine war bis zum September 1877 gut erhalten. Der Kranke konnte dieselben längere Zeit in die Höhe halten und beim passiven Beugen und Strecken derselben einen so starken Widerstand entgegensetzen, dass derselbe nur unter Anwendung grosser Kraft überwunden werden konnte. Später trat eine Abnahme der motorischen Kraft auf, welche seit dem Juli 1878 rasch zunahm und im letzten halben Jahre einen solchen Grad erreichte, dass der Kranke schliesslich seine Beine nicht mehr erheben konnte und dieselben, wenn man sie emporhielt, losgelassen schlaff und kraftlos niederfielen. Dabei erschien das rechte Bein schwächer und liess sich auch rechts beim Aufstellen und Gehen mit Unterstützung wiederholt nachweisen, dass der Fuss sofort umknickte. Die Füsse nahmen ausserdem, seitdem der Kranke anhaltend zu Bett lag, eine Varo-Equinus-Stellung an, welche sicherlich nur auf den Druck der Bettdecke zurückzuführen war und nicht als eine selbstständige Contractur betrachtet werden konnte. Bei passiven Bewegungen der Füsse liess sich vielmehr eine starke Schlaffheit der Gelenke nachweisen. Ueberhaupt fehlten Contracturen und Muskelanspannungen an den Beinen und Armen gänzlich. Das *Westphal*'sche Kniephänomen war ebenso wie das Fussphänomen beiderseits niemals nachzuweisen. An den Armen war in der ersten Zeit nur bei feineren Verrichtungen, als Schreiben, Billardspielen, Anziehen u. s. w. eine Unsicherheit erkennbar; erst seit Juli 1878 traten stärkere Coordinationsstörungen auf. Pat. konnte z. B. mit dem Zeigefinger erst nach vielen Zickzackbewegungen einen Schlüssel berühren und einen Kreis nur sehr schlecht beschreiben.

Die elektrische Untersuchung der Arme und Beine ergab in den ersten zwei Jahren normale Zuckungsverhältnisse, auch erschien die Erregbarkeit

der Muskeln und Nerven nicht besonders herabgesetzt. In der späteren Zeit wurde eine elektrische Prüfung nicht ausgeführt.

Auf dem Gebiete der Sensibilität wurden eine Reihe Störungen subjectiver und objectiver Art beobachtet. Zu den ersteren gehörten einmal mannigfache Sensationen der Beine, als Gefühl von Taubsein in denselben, die Empfindung, als ob der Kranke beim Gehen auf Gummi träte u. s. w; ausserdem heftig reissende und bohrende Schmerzen in den Gliedern, und zwar besonders in den Knieen und Schienbeinen, welche hauptsächlich Nachts am stärksten auftraten, Monate lang anhielten und nur durch Einspritzungen von Morphium erträglich gemacht werden konnten. Die objectiven Störungen der Sensibilität bestanden in verschiedenen Defecten der Empfindungsqualitäten. Die Schmerzempfindung war herabgesetzt und in ihrer Leitung verlangsamt. Der Kranke verwechselte Nadelstiche und Berührungen mit dem Finger, lokalisirte äusserst mangelhaft und zeigte auch eine deutliche Herabsetzung des Druck- und Muskelsinnes, indem er bei Gewichtsabschätzungen die normalen Grenzen bedeutend überschritt und die Stellungen, welche man passiv bei Verschluss der Augen einem Gliede ertheilte, mit dem anderen Arme oder Beine gar nicht oder nur sehr ungenau wiedergeben konnte. Anfangs liessen sich diese Erscheinungen nur an den unteren Extremitäten nachweisen, erst später wurde auch am Rücken Anästhesie beobachtet. An den Armen traten erst seit Anfang 1878 ähnliche Sensibilitätsstörungen wie an den Beinen auf, doch blieben sie hinsichtlich ihrer Ausdehnung und Stärke stets hinter den letzteren zurück. Die Hautreflexe waren gut erhalten.

Zu erwähnen ist noch eine lähmungsartige Schwäche des rechten Armes, welche am 28. Januar 1879 auftrat und zuerst dadurch bemerkt wurde, dass er denselben beim Essen nicht mehr gebrauchte.

Bei der Untersuchung am 30. Januar zeigte derselbe eine hochgradige Parese, aufgehoben, fiel er sofort schlaff wieder herunter; von selbst konnte ihn der Kranke im Schultergelenk gar nicht bewegen; die Beugung der Vorderarme war nur bis zur unteren Bauchgegend möglich. Trophische und vasomotorische Veränderungen bot der rechte Arm nicht dar. Die Muskeln des Gesichts boten ausser Tieferstehen des rechten Mundwinkels keine Lähmungserscheinungen. Aphatische Erscheinungen wurden nur andeutungsweise beobachtet und war es bei dem blödsinnigen Verhalten des Kranken überhaupt schwer zu beurtheilen, ob er die Fragen und Absichten des Arztes richtig aufgefasst hatte. Eigenthümlich erschien es, dass er den vorgehaltenen Gegenstand häufig erst nach einiger Zeit, ganz plötzlich wie herausplatzend und unter Lachen beim Namen nannte. Die lähmungsartige Schwäche des rechten Armes blieb etwa 8—14 Tage bestehen, dann trat eine allmälige Besserung ein, doch blieben alle Bewegungen rechts immer schwächer als links, in der letzten Zeit wurde auch vorwiegend der linke Arm gebraucht. Der Ernährungszustand des Kranken war bis in die letzten Monate ein guter. Ausgesprochene atrophische Erscheinungen wurden nur

an den Beinen beobachtet, die seit Anfang 1879 eine zunehmende Abmagerung besonders an den Waden zeigten. Von syphilitischen Erscheinungen konnten ausser einigen spitzen Condylomen nirgends welche nachgewiesen werden.

Die therapeutischen Mittel, Strychnin, Argent. nitric., Jodkalium, Elektricität, nasse Einwicklungen etc. blieben sämmtlich ohne dauernden Erfolg.

Nachdem es schon früher mehrfach zum Auftreten von Decubitus am Kreuzbein gekommen war, welcher jedoch stets unter entsprechender Behandlung zur Heilung gelangte, stellte sich ein solcher von Neuem Anfang April 1879 ein, welcher unaufhaltsam und rasch nach allen Seiten Fortschritte machte. Am 30. Juli erfolgte der Tod.

Die Section wurde 13 St. nach dem Tode vorgenommen. Das Gesammtgewicht des Gehirns betrug 1282 Gramm, das Gewicht des Stirnhirns beiderseits je 170 Gramm, entschieden auffallend niedrige Zahlen. Die weichen Hirnhäute erschienen stark ödematös getrübt und liessen sich theilweise nur mit Substanzverlust abziehen, besonders in der vorderen Hirnhälfte und der Gegend der linken Centralwindungen. Darunter machten die Windungen einen mässig atrophischen Eindruck. Die linke Insel erschien auf ihrer ganzen Oberfläche granulirt, nicht die rechte. In den Ventrikeln fand sich eine starke Ansammlung von Flüssigkeit, ausserdem in den Seitenventrikeln und besonders in den weiten Kammern zahlreiche Granulationen des Ependyms.

Das Rückenmark war an der hinteren Fläche der Pia mit einem Exsudate bedeckt, welches von oben bis zum oberen Dorsalmark zunimmt und unter allmäliger Abnahme im unteren Drittel des Dorsalmarks verschwindet. Nur im Halsmark schienen die Hinterstränge graulich durch die Pia mater.

Bei Querschnitten zeigte sich das Rückenmark von oben bis zum oberen Brustmark ziemlich platt. Die Hinterstränge desselben hatten ein graulich durchscheinendes Aussehen, am meisten und in ihrer ganzen Ausdehnung im Dorsalmark, nicht so prägnant im Halsmark. Diese Verfärbung erstreckte sich bis zum unteren Ende des Rückenmarks. Im Lendenmark war am stärksten die äussere (periphere) Hälfte beider Hinterstränge ergriffen. Die Hinterstränge erschienen im Ganzen verschmälert. Die Seitenstränge zeigten sich im Halsmark in der hinteren Hälfte graulich verfärbt, rechts in höherem Grade, vom Dorsalmark an nicht mehr. Diese Verfärbung war weniger prägnant als diejenige der Hinterstränge. Die sämmtlichen Hinterwurzeln hatten ein graulicheș Aussehen, am wenigsten im Halsmark, wo die hinteren Wurzeln etwas flacher aussahen als die vorderen; mehr im Dorsal- und Lendenmark. Hier war auch der Durchmesser der hinteren Wurzeln geringer, als derjenige der vorderen. Der Pes equinus sah hinten mehr roth und graulich aus als vorn.

Von den übrigen Befunden sind nur das Vorhandensein eines

Oedems in beiden unteren Lungenlappen, eine mässige fettige Entartung des Herzens und der starke Sacral-Decubitus zu erwähnen.

Die frische mikroskopische Untersuchung an Zupfpräparaten ergab folgende Resultate:

Stücke aus dem Stirnhirn, der innern Kapsel, dem Hirnschenkelfuss, der vorderen Brückenabtheilung und den Pyramiden der Oblongata zeigten nur ganz vereinzelt Körnchenzellen. Die linke Insel bot gegen die rechte keinen wesentlichen Unterschied. In den Hintersträngen des Rückenmarkes fanden sich im Halsmark spärliche Markfasern, verhältnissmässig selten Körnchenzellen, dagegen viel amyloide Körper, und machte das Gewebe im Ganzen einen zäheren Eindruck. Im Brustmark erschien die Consistenz des Markes weicher; hier fanden sich in den Hintersträngen die Körnchenzellen etwas zahlreicher, besonders häufig traten sie an den Gefässen auf; die Nerven waren zahlreicher als im Halsmark. Der Befund im Lendenmark entsprach im Wesentlichen demjenigen des Halsmarkes. In den Seitensträngen fanden sich am Halsmark in der hinteren Hälfte ähnliche, wenn auch weniger ausgesprochene Veränderungen wie in den Hintersträngen und zwar so, dass dieselben bis an die Peripherie sich zu erstrecken schienen, während die an die graue Substanz stossenden Schichten des Marks einen normalen Eindruck machten. Nach vorn liessen sich längs der Peripherie und an der inneren Seite der Vorderstränge ebenfalls hier und da Körnchenzellen nachweisen. An Stücken, welche den hinteren Wurzeln und dem hinteren Ende des Hinterhorns entnommen wurden, liessen sich fast überall im Halsmark Körnchenzellen und zum Theil auch im oberen Brustmark entdecken, besonders zahlreich traten sie hier in der unteren Hälfte des Halsmarkes auf. Die Vorderhörner erschienen normal. Im Brust- und Lendenmark wurden in den Hinterseitensträngen ebenfalls Körnchenzellen, indess nur wenig zahlreich aufgefunden.

Nach der Erhärtung in Kali bichromicum lässt sich schon mit blossem Auge eine hellere Verfärbung der Hinterstränge deutlich erkennen. Sie erstreckt sich durch die gesammte Länge des Rückenmarks bis tief hinab in den Lendentheil, nach oben verliert sie sich in die Corpora restiformia. Es ist davon der gesammte Querschnitt der Hinterstränge befallen, nur die der hinteren Commissur angrenzenden Theile zeigen sie nicht; auch ist an verschiedenen Stellen, besonders im Brustmark zwischen der verfärbten Partie und den Hinterhörnern ein schmaler Streifen normaler Substanz erhalten; nur im Lendenmark reicht sie ausschliesslich bis dicht an dieselben heran, im Halsmark ist dies nur in den mittleren Theilen der Fall. Am intensivsten ist die Verfärbung in den Burdach'schen Strängen ausgesprochen; nur im Lendenmark erstreckt sie sich gleichmässig über beide Strangabschnitte des Hinterstranges. Die Seitenstränge zeigen nur im Halsmark und im oberen Brustmark in ihrer hinteren Hälfte einen helleren Ton, aber ohne scharfe Abgrenzung, auf der rechten Seite etwas stärker ausgeprägt. Durchsichtig gemachte Carminpräparate er-

geben für die Hinterstränge das bekannte Bild der sklerotischen Entartung. An Stelle des normalen Gewebes ist eine intensiv roth gefärbte bindegewebige Substanz getreten, in welcher man nur selten grössere Anhäufungen von Nervenröhren sieht, meist stehen dieselben ganz vereinzelt oder höchstens in kleinen Gruppen zu drei und vier nebeneinander. Am stärksten ist die Entartung im Lendentheil ausgeprägt, am wenigsten davon ergriffen zeigt sich das mittlere Brustmark. An den Hinterseitensträngen ist der Process noch nicht so weit vorgeschritten, er beschränkte sich auf eine mässige Verbreiterung der zwischen den Nervenröhren gelegenen Substanz, welche besonders im Halsmark und hier wieder mehr auf der rechten Seite vortritt. Die Entartung der Seitenstränge reicht bis an die Peripherie heran, dagegen lässt sie den von *Flechsig* als seitliche Grenzschicht der grauen Substanz bezeichneten Markabschnitt frei. Vom mittleren Drittel des Brustmarkes ab machen die Seitenstränge einen normalen Eindruck. Im Bereich des Halsmarkes sind auch vielfach die hinteren Wurzeln beiderseits von der Degeneration ergriffen, rechts in stärkerem Grade. Die Vorderhörner und vorderen Wurzeln erscheinen durchgehend gesund.

II. B., Glasermeister, verheir., bei seiner Aufnahme am 4. März 1876 33 Jahre alt. Ein Halbbruder der Mutter war geisteskrank. Der Beginn der Krankheit fällt in den Winter 1874—1875. Es wurde über Schwäche in den Beinen und Urinbeschwerden geklagt. Ende Juli 1875 traten Gedächtnissschwäche, gemüthliche Reizbarkeit und ein Wechsel zwischen optimistischer und gedrückter Stimmung hinzu, später auch paralytische Anfälle, Sprachstörung, Anfälle von Tobsucht auf Grund von Gehörstäuschungen.

Hier konnte über die Diagnose der Dementia paralytica bald kein Zweifel bestehen. Der gut genährte Kranke zeigte eine deutlich anstossende Sprache, ein starkes Zittern der nach links abweichenden Zunge, Beben der Gesichtsmuskeln und Erweiterung der linken Pupille. Die psychische Schwäche war unverkennbar. Von Seiten des Rückenmarks bestanden eine Reihe Erscheinungen, welche auf eine graue Degeneration der Hinterstränge bezogen wurden. Der Gang war deutlich ataktisch, das *Romberg*'sche Phänomen liess sich meistens in sehr ausgesprochenem Grade nachweisen. Stehen auf einem Beine allein war in der Regel nicht möglich. Auf dem Gebiete der Sensibilität waren einmal eine Reihe subjectiver Beschwerden vorhanden, nämlich Gürtelgefühl, ziehende Schmerzen in den Unterschenkeln und Taubsein der Füsse; zweitens liessen sich auch objectiv Defecte der Sensibilität nachweisen, welche einen ähnlichen Charakter wie bei dem Kranken der vorhergehenden Beobachtung zeigten. Dazu kam noch eine Amblyopie des linken Auges. B. konnte auf demselben Finger in Entfernung über einen Fuss nicht mehr zählen. Die ophthalmoskopische Untersuchung ergab Atrophie der Pupille. Das Unterschenkelphänomen konnte niemals nachgewiesen werden, ebensowenig das Fussphänomen.

Die Lähmung der Blase war auch hier oft in sehr starkem Grade vorhanden. Strychnineinspritzungen erschienen zuweilen von günstigem Einflusse auf dieselbe. Wiederholt kam es zu paralytischen Anfällen mit epileptiformem Charakter, wobei die Zuckungen anfangs nur auf der linken Seite auftraten, dann auf die rechte übergingen und schliesslich auf beiden eine Zeit lang anhielten; auch während dieser Anfälle liess sich das Kniephänomen nicht auslösen, ebensowenig das Fussphänomen. Im Anschluss an einen solchen erfolgte am 26. Mai 1876 unter Auftreten von Lungenödem der Tod.

Section 25 Stunden nach dem Tode.

Gehirn. An der rechten Seite der Dura mater fanden sich über dem Stirnhirn mehrere blutige streifige Exsudate. Es bestand eine starke weissliche Trübung der weichen Hirnhaut, besonders an der oberen Fläche des Stirn- und Scheitelhirns; auch an der Basis war beiderseits eine Trübung vorhanden. An vielen Stellen liess sie sich nur unter Substanzverlust der Hirnrinde abziehen, besonders auf der Convexität und in beiden Fossae Sylvii. Das Gewicht des Gehirns betrug 1665 Gramm, auf Durchschnitten zeigte es überall eine starke Gefässüberfüllung. In den Seitenventrikeln ist das Ependym verdickt.

Rückenmark. Unterhalb der Halsanschwellung zeigte die Pia mater ein starkes Exsudat, welches der hinteren Hälfte des Markes auflag und bis zur Mitte der Lendenanschwellung hinabreichte. Einzelne Nervenwurzeln, besonders rechts, waren vollkommen in demselben eingelagert. Die hinteren Nervenwurzeln hatten besonders im Hals- und oberen Brustmark ein mehr graulich gefärbtes Aussehen.

Sonstige pathologische Befunde: Die rechte Pleurahöhle enthielt etwa 250 Gramm gelblicher Flüssigkeit, in welcher einige Faserstoffgerinnsel herumschwammen, die linke Pleurahöhle etwa 500 Gramm davon; ausserdem befanden sich die unteren Lappen beiderseits im Zustande starken Oedems.

Die frische mikroskopische Untersuchung des Rückenmarkes ergab in den Hintersträngen beiderseits das Vorhandensein zahlreicher Körnchenzellen, besonders im Brustmark, bis hinab in den Lendentheil. Ausserdem waren Corpora amylacea in mässiger Menge hier nachweisbar. In den Vorder- und Seitensträngen fanden sich Körnchenzellen nur vereinzelt.

Nach der Erhärtung in Kali bichromicum zeigten nur die Hinterstränge eine Verfärbung. Dieselbe beginnt schon in den Keilsträngen der Medulla oblongata und erstreckt sich von da bis hinab in die Gegend des dritten Lendennerven. Im Halsmark nahm sie anfangs nur die mittleren, den Goll'schen Keilsträngen entsprechenden Partien ein, erst im unteren Halsmark dehnte sie sich auch auf die Burdach'schen Stränge aus. Im Brustmark erstreckte sie sich über den gesammten Querschnitt der Hinterstränge und war eine scharfe Grenze zwischen ihr und der grauen Substanz nicht mehr zu erkennen. Im Lendenmarke erschienen die den Hinterhörnern

und der hinteren Commissur benachbarten Theile wieder freier. Zur Anfertigung mikroskopischer Schnitte war nur das obere Halsmark und der Lendentheil zu gebrauchen. Mit Carmin behandelt zeigten diese Abschnitte für die Hinterstränge ein ähnliches Verhalten, wie beim Kranken der ersten Beobachtung, nur boten die rothen Plaques ein mehr körniges, als streifiges Aussehen.

III. Z., 37 Jahre alt, verheir., pension. Trompeter, aufgenommen am 9. August 1878. Der erblich nicht belastete Kranke erwarb sich im Feldzuge 1870 eine Tabes dorsalis. Im April 1876 trat nach einer Gesichtsrose Geistesstörung hinzu; nämlich Grössenwahn, erotische Erregung, Gedächtnissschwäche und schliesslich tiefer Blödsinn.

Befund bei der Aufnahme: Mässig genährtes, blass aussehendes Individuum mit mehreren grossen vernarbten Decubitusstellen am Kreuz und einer kleinen frischen Decubituswunde daselbst. Ganz blödsinnig, giebt keine vernünftige Antwort, spricht höchstens einige unverständliche Worte in einem singenden Tone. Liegt meist zu Bett und wühlt mit den Bettstücken umher, kann nicht allein gehen; unterstützt geht er mit gespreizten Beinen und schleuderndem Vorsetzen derselben. Beim Zuhalten der Augen tritt sofort Schwanken bis zum Umfallen ein. Das Kniephänomen und Fussphänomen fehlen an beiden Beinen. Die Schmerzhaftigkeit gegen Nadelstiche scheint herabgesetzt zu sein; genauere Untersuchungen der Lokalisation etc. sind bei dem blödsinnigen Verhalten des Kranken nicht möglich. Reflexerregbarkeit von den Beinen aus bei Nadelstichen vorhanden. Die Bewegung der Arme ist frei. Die Zunge weicht nicht ab, ebenso nicht die Uvula. Mundwinkel hängen beide schlaff herab. Pupillen gleich weit, eng. Puls, normale Frequenz darbietend, schwach. Appetit gut, wird in sehr gieriger Weise befriedigt. Ist Tag und Nacht laut, häufig nass und schmutzig.

Tod am 19. August 1878.

Section 33 Stunden nach dem Tode. Gehirn: Gesammtgewicht desselben 1420 Gramm. Schädeldach dick, wenig Diploë enthaltend; die Dura mater enthält sowohl über der Convexität, als in der Stirn und Schläfengrube beiderseits kleine rostfarbige Auflagerungen (Hämatome). Der Nerv. abducens links viel dünner als rechts; kein Atherom der Hirngefässe. Die Pia mater ist besonders über dem Stirn- und dem Scheitelhirn getrübt und verdickt; schlecht abziehbar, zum Theil nur unter Substanzverlust, besonders links. Darunter bietet die Hirnoberfläche das Aussehen des Etat criblée. An sonstigen Gehirntheilen ist ausser blassem Aussehen nichts Abnormes wahrnehmbar.

Rückenmark: Auf der hinteren Fläche desselben finden sich zahlreiche Knochenplättchen. Die Hinterstränge heben sich schon durch die Pia mater hindurch durch eine grauliche Verfärbung hervor. Auf dem Querschnitt bieten die Hinterstränge längs des ganzen Rückenmarkes ein

grauliches, glänzendes Aussehen, eine Verfärbung, welche im Halsmark mehr die innere Hälfte der Hinterstränge einnimmt, während sie im Dorsalmark und Lendentheil die Hinterstränge bis dicht an die graue Substanz durchsetzt. Die hinteren Wurzeln erscheinen sehr schmal. Die übrigen Stränge des Rückenmarkes zeigen keine Verfärbung, sehen blass aus.

Sonstige pathologische Befunde: Die Lungen zeigen beiderseits alte Verwachsungen der Pleurablätter und einen ausserordentlichen Blutreichthum der hinteren und unteren Theile. Auch die Leber und die Nieren sind stark hyperämisch.

Bei der frischen mikroskopischen Untersuchung des Rückenmarkes finden sich in den Hintersträngen nur vereinzelte Körnchenzellen, dagegen viel Corpora amylacea, viel fibrilläres Bindegewebe und ein auffallender Schwund der Nervenfasern. Die Vorder- und Seitenstränge zeigten nur vereinzelt Körnchenzellen.

Nach der Erhärtung in Kali bichromicum sieht man an Querschnitten des Rückenmarkes makroskopisch keine scharf umgrenzte Verfärbung, nur erscheinen die Hinterstränge durch die gesammte Länge der Medulla von hellerem Aussehen, als die übrigen Markabschnitte. Erst an dünneren Querschnitten und bei durchfallendem Licht sieht man in den Hintersträngen eine umschriebene Chromsäureverfärbung, welche durch das gesammte Rückenmark sich bis über die Lendenanschwellung hinaus deutlich verfolgen lässt. Sie zeigt, wie sich an gefärbten durchsichtigen Schnitten und solchen mit Osmium und Glycerin behandelten erkennen lässt, im Wesentlichen dieselbe Ausbreitung, wie bei dem Kranken der zweiten Beobachtung. Der feinere mikroskopische Befund ist derjenige der grauen Degeneration.

IV. v. P., bei der Aufnahme am 28. November 1875 47 Jahre alt, verheir., Gutsbesitzer. Die Eltern sollen sehr reizbaren Charakters gewesen sein, sonstige erbliche Anlage fehlt. Der Kranke war stets durch sein excentrisches Wesen auffallend, dem Spiel, Trunk und Weibern sehr ergeben, stand seit 18 Jahren unter Verschwendungs-Curatel. Die Krankheitsdauer vor der Aufnahme war schwer mit Sicherheit festzustellen; 14 Tage vor seiner Einlieferung stellten sich Schlaflosigkeit, Kopfcongestionen und starke Vergesslichkeit ein, welchen Erscheinungen rasch eine unsinnige Plänesucht und Belästigung hoher und höchster Personen folgten.

Hier konnte sehr bald die Diagnose der Dem. paral. gestellt werden. Der Kranke, ein gut genährter Mann mit fehlender rechter Hand in Folge einer Schussverletzung bot die entsprechenden psychischen Störungen in unverkennbarer Weise dar. Erregte Perioden mit optimistischer Stimmung und schwachsinnigem Grössenwahn (er baut einen Dom von Gold und Edelsteinen, fünfzig mal grösser als der Kölner Dom, springt zu Pferde mit einem Satze über den Ocean u. s. w.) wechselten mit Zeiten tiefster Verzweiflung über eine Kleinigkeit ab, in den letzten Jahren war ein zu-

nehmender Blödsinn vorherrschend; dazu Vergesslichkeit, Neigung zum Sammeln und rücksichtslose Aneignung fremden Eigenthums. Vielfach wurde Ungleichheit der engen Pupillen und anstossende Sprache beobachtet. In Betreff der letzteren war er einige Zeit lang dadurch auffallend, dass er an jedes Wort einen eigenthümlichen Kehlton anhing, ähnlich wie toncht lautend, eine Zeit lang brachte er nichts als Kauderwelsch vor, das er als arabisch bezeichnete. Der Gang war in den ersten Jahren nur wenig ergriffen, später leicht schwankend, aber nie ataktisch. Beim Stehen mit geschlossenen Augen trat für gewöhnlich kein Schwanken ein, nur selten schwankte er etwas nach hinten. Das Kniephänomen liess sich beiderseits mässig stark und ohne Unterschied der Stärke auslösen, das Fussphänomen war nur andeutungsweise vorhanden. An der Hand trat ebenfalls erst in späterer Zeit eine deutliche Unsicherheit und Zittern zu Tage. Blasenlähmung und Schmutzigsein fehlten dem Krankheitsbilde ebenfalls nicht. In den letzten zwei Jahren kam es häufig zu paralytischen Anfällen, welche in der Regel einen ausgesprochenen epileptischen Charakter trugen und zwar so, dass Zuckungen entweder auf beiden Seiten in gleicher Stärke vorhanden waren, oder auf einer Seite stärker auftraten oder überhaupt nur einseitig verliefen; zuweilen wechselten auch beide Seiten ab. Das Kniephänomen liess sich während derselben immer in sehr hohem Grade nachweisen, zuweilen erschien es auf der ergriffenen Seite stärker; das Fussphänomen liess sich in seinem Verhalten nicht immer genau feststellen, konnte aber doch mehrfach hervorgerufen werden.

Am 18. März 1879 erfolgte der Tod an Decubitus und hypostatischer Pneumonie.

Section 23 Stunden nach dem Tode.

Gehirn: Gesammtgewicht 1485 Gramm. Hirnhäute nicht getrübt und verdickt, die weichen Hirnhäute haften zum Theil etwas, besonders an der Orbitalfläche. Gehirn blass, in seinen vorderen Theilen etwas atrophisch. Starker Hydrocephalus internus auch der Hörner. Granulationen in dem IV. Ventrikel.

Rückenmark: Sehr blasses Aussehen. In der Halsanschwellung schien an einigen Schnitten die rechte Hälfte etwas schmaler als links.

Sonstige pathologische Befunde: Hypostatische Pneumonie der beiden unteren Lungenlappen. Herz schlaff und fettig entartet, starkes Atherom der Aorta. Decubitus am Kreuzbein, den Trochanteren, Knöcheln, Fersen und am Scrotum.

Frische mikroskopische Untersuchung: Hirnrinde im Stirnhirn hie und da Fettkörnchenreihen an den Gefässen. Im Bereich der inneren Kapseln und in dem Hirnschenkelfuss und vorderer Brückenabtheilung sind nur vereinzelt Körnchenzellen wahrnehmbar, besonders an den Gefässen. Die Pyramidenbahnen enthalten sie ebenfalls nur spärlich. Dagegen sind sie zahlreich in den Hintersträngen vorhanden und zwar beson-

ders massenhaft im Brustmark, aber auch zahlreich im Lenden- und Halsmark, sowohl an den Gefässen, als frei im Gewebe. Einer der beiden Stränge (Burdach'scher, Goll'scher Strang) scheint nicht besonders bevorzugt zu sein.

Nach der Erhärtung in Kali bichromicum zeigten nur die Hinterstränge eine Chromsäureverfärbung. Dieselbe tritt schon am ersten Halsnerven zu Tage, wo sie sich auf eine hellere Färbung der Goll'schen Keilstränge beschränkt, welche nur links schärfer nach aussen begrenzt ist, während sie rechts keine scharfe Grenze darbietet. Vom zweiten Halsnerven ab tritt im linken Hinterstrang scharf begrenzt ein heller Streifen hervor. Er sitzt mit einer dreieckigen Basis der Peripherie des Hinterstranges auf und reicht hier bis dicht an die hintere Wurzel heran, verläuft dann längs des äusseren Randes des Goll'schen Stranges nach vorn, bis er mit einem rundlichen, etwas breiteren Ende in der Nähe der hinteren Commissur endet, doch ist er von derselben, ebenso wie von der grauen Substanz durch eine Schicht normalen Gewebes getrennt. Dieser Streifen lässt sich in dieser Weise bis zum dritten Brustnerven verfolgen, wo er abblasst und nun rasch verschwindet; nur in der Gegend des 6.—7. Halsnerven tritt die heller gefärbte Partie bis dicht an das Hinterhorn heran und reicht nach vorn mit stumpfer Spitze nur etwas über die Mitte des Hinterstranges hinaus. Rechts zeigt der Hinterstrang nur einen diffusen helleren Farbenton, der sich im Brustmark dann beiderseitig bis zum unteren Drittel des Brustmarks verfolgen lässt, doch erscheinen immer am stärksten die der hinteren Längsspalte anliegenden Theile und im Brustmark besonders die Peripherie ergriffen.

Ein mässiger Grössenunterschied beider Rückenmarkshälften, wie oben erwähnt, tritt ebenfalls in der Halsanschwellung hervor, auch erscheint das Vorderhorn vom 3.—7. Halsnerven deutlich kleiner als das linke.

An durchsichtigen Carminpräparaten und bei Untersuchung mit Osmium-Glycerin erweisen sich als von der Degeneration ergriffen folgende Stellen: Im Halsmark die Goll'schen Stränge, besonders stark an ihrer äusseren Begrenzung; zum Theil erstreckt sich die Entartung bis in die Nähe der grauen Substanz, besonders in der Halsanschwellung und längs der Peripherie, doch ist sie hier überall weniger stark als in der inneren Hälfte. Im Brustmark ist das Verhalten ein ähnliches. Vom unteren Drittel desselben nach abwärts tritt die Degeneration nur in der inneren Hälfte beider Hinterstränge auf und lässt sich so bis in's Lendenmark verfolgen. Die genauere Untersuchung dieser Stellen zeigt Verhältnisse, welche in der Hauptsache der von *Westphal* beschriebenen chronischen Myelitis der Paralytiker entsprechen. Zwischen den verbreiterten bindegewebigen Zügen der Zwischensubstanz sieht man noch zahlreiche, wohl erhaltene Nervenfasern. Zu grösseren bindegewebigen Plaques kommt es nur selten und nehmen dieselben auch nirgends eine Ausdehnung an, wie sie bei ausgesprochener grauer Entartung beobachtet wird.

Das Lumen des Centralcanals ist durchgängig verschwunden und durch eine stark geröthete Substanz von streifig körnigem Aussehen ersetzt. Die

hinteren Nervenwurzeln machen einen normalen Eindruck. In dem rechten Vorderhorn sind da, wo dasselbe kleiner erscheint, durchgängig in den mittleren vorderen Zellengruppen weniger wohl erhaltene Zellen zu zählen als links, so an einem Schnitt aus der Gegend des fünften Halsnerven nur 7 rechts, während links 18 sichtbar sind, etwas weiter unten 6 zu 16. Ausserdem sind rechts mehrfach kleine rundliche, zuweilen auch walzenförmige Gebilde zu sehen mit drei bis vier oft noch ziemlich langen Fortsätzen, welche wohl als atrophische Nervenzellen anzusehen sind. Eine besondere Atrophie der vorderen Wurzeln konnte ich nicht wahrnehmen.

V. S., 46 Jahre alt, verheir., aufgenommen am 18. Februar 1878, Schankwirth, Sohn eines trunksüchtigen Vaters und selbst eifriger Schnapstrinker, erkrankte $^1/_2$ Jahr vor seinem Eintritt in die Anstalt. Gedächtnissschwäche, unsinnige Kauf- und Plänesucht, plump ausgeführte Diebstähle und behinderte Sprache waren die hervorstechendsten Erscheinungen gewesen.

Hier kam der Kranke in grosser Erregung an. Er war fortwährend auf den Beinen, kletterte mit katzenartiger Behendigkeit auf die Bank, die Mauer und die Bäume, war Tag und Nacht laut. Die Sprache war so gelähmt, dass er schwer verständlich war, was er vorbrachte, war der charakteristische Grössenwahn. Von den engen Pupillen war die linke weiter, die linke Gesichtshälfte stand tiefer. An der gerade ausgestreckten Zunge war ein starkes Zittern wahrnehmbar, ebenso zitterten die Gesichtsmuskeln und ausgestreckten Finger. Die Ernährung war mittelmässig; der Appetit gut. Nachdem sich der Kranke später mehr beruhigt hatte, trat zuweilen ein leichtes Schwanken des Ganges hervor; eine Zunahme desselben durch Schluss der Augen und Füsse war nicht vorhanden. Das Kniephänomen war anhaltend etwas in mässigem Grade hervorzurufen, auch das Fussphänomen etwas nachweisbar. Wesentliche Störungen der Sensibilität waren jedenfalls nicht vorhanden. Patient zeigte bei Nadelstichen überall gute Empfindlichkeit, auch keine verminderte Reflexerregbarkeit. Unter steter Zunahme aller Erscheinungen machte am 25. April 1878 eine Pleuropneumonie dem Leben ein Ende.

Section $10^1/_2$ Stunde nach dem Tode.

Gehirn: Gesammtgewicht 1237 Gramm. Schädeldach sehr dick, ohne Diploë. Nähte verstrichen. Der Schädelgrund zeigt eine auffallende Asymmetrie. Die rechte Hälfte erscheint breiter, die linke schmäler, aber die Gruben hier tiefer als rechts. Die Grube für den Bulbus olfactorius ist links sehr schmal, die Crista legt sich förmlich an die Orbitalplatte des Stirnbeins an, bildet so eine Art Höhle. Die Oberfläche des Gehirns zeigt auf der Convexität eine starke Verdickung und Trübung der weichen Häute neben ziemlichem Oedem und lassen sich dieselben hier leicht abziehen. An der Basis zeigen die Häute hie und da auch Trübungen, sind aber dünner und mehr zerreisslich. Die Windungen erscheinen besonders im

Bereich des Stirnhirns beiderseitig von einer starken Atrophie, und einem röthlichen, granulirtem Aussehen. Eine ähnliche Beschaffenheit zeigte der Gyrus supraangularis links, nur andeutungsweise rechts. An diesen Stellen ging die Ablösung der Pia mater auch wenig gut vor sich. Das kleine Gehirn erscheint rechts etwas kleiner. In den Seitenventrikeln sind längs der Taenia semicirc. und Nucleus caudat. mässige Ependymgranulationen sichtbar; stärker im 3. Ventrikel, am stärksten im 4. Ventrikel. Auf Durchschnitten erscheint im Bereich des Stirnhirns die Substanz und zwar besonders in der Rindenschicht stark geröthet. Diese Erscheinung tritt besonders an den dem Balken zunächst gelegenen Windungen sehr stark auf; so auch an dem Scheitelhirn; deutlich ist sie auch an der Spitze des Schläfenhirns; in den übrigen Partien ist dies Verhalten nicht mehr wahrnehmbar. Am Stammhirn bieten nur die Inselwindungen eine mehr starke Röthung der Rinde. Sonst ist Stammhirn und Oblongata von normalem Aussehen.

. Rückenmark von aussem mehr blasses Aussehen; Häute normal. Auf dem Querschnitt mehr blutreiches Aussehen, doch nirgends eine deutliche Verfärbung wahrnehmbar. Im oberen Halsmark tritt der Centralcanal deutlich hervor, erscheint grösser, aber verstopft.

Sonstige pathologische Befunde: Graue Hepatisation der beiden unteren rechten Lungenlappen und ein starkes serös-eitriges Exsudat in der rechten Pleurahöhle. Leber klein, cirrhotisch, mit theilweiser fettiger Entartung. Milz und Nieren atrophisch. Die Dünndarmschlingen sind vielfach unter einander durch leichte Adhäsionen verklebt.

Frische mikroskopische Untersuchung: Im Rückenmark sind nirgends Körnchenzellen in besonderer Menge vorhanden, nur hie und da eine in den Hintersträngen. Dagegen finden sich solche in der Oblongata, in den Pyramiden und weiter in den Pyramidenbündeln der Brücke, besonders an den Gefässen, die oft vollständig bedeckt damit sind, nicht im Gewebe. Auch in dem Hirnschenkelfuss finden sich solche an den Gefässen, sowohl in der äusseren als inneren Hälfte, weiter auch an verschiedenen Stellen der inneren Kapsel, besonders in ihrem hinteren Theile. In der Hirnrinde des Stirnhirns sind ebenfalls vielfach Körnchenzellen an den Gefässen erfunden. Die Ganglienzellen enthalten auffallend viel Pigment.

Nach der Erhärtung in Kali bichromicum stellt sich eine Verfärbung der Hinterstränge heraus, welche sich im Halsmark ausschliesslich auf die innere Hälfte, den Goll'schen Strang beschränkt und zwar ebenfalls wie bei der vorhergehenden Beobachtung am stärksten nach aussen ausgeprägt ist. Vom Brustmark bildet sie beiderseitig einen helleren Streifen, wie er bei dem vorhergehenden Fall beschrieben worden ist. Im Halsmark ist die Entartung auf beiden Seiten in gleicher Stärke vorhanden, vom Beginn des Brustmarks ab bis hinab zum achten Brustnerven ist sie auf der rechten Seite schärfer ausgeprägt und auch breiter. Von da ab tritt sie wieder beiderseitig in gleicher Stärke auf und lässt sich bis in die Gegend des

ersten Lendennerven verfolgen. Sehr deutlich lässt sich ferner ein Unterschied in der Grösse beider Rückenmarkshälften erkennen. Derselbe betrifft ausschliesslich den Vorderseitenstrang, während die Hinterstränge gleich gross erscheinen. Besonders schön ist diese Ungleichheit am Vorderstrang zu sehen, der vom Halsmark ab bis zum Ende des Brustmarks rechts durchgehends um ein Drittel breiter ist, als der linke und auch im Lendenmark rechts noch etwas breiter erscheint. Ueberall sieht man auch, wie die innere Randlinie des Vorderhorns links sehr steil nach vorn verläuft, während sie rechts einen mehr nach aussen verlaufenden Bogen bildet. Diese Ungleichheit ist wohl nur auf eine ungleiche Vertheilung der Pyramidenbahnen zu beziehen, wie sie von *Flechsig* beschrieben worden ist. Bei der mikroskopischen Untersuchung der helleren Partien an Querschnitten, die mit Carmin gefärbt und durchsichtig gemacht wurden, zeigte sich dasselbe pathologische Bild wie beim Kranken der 4. Beobachtung.

VI. K., 36 Jahre alt, Schifferwittwe. Die Mutter litt an häufigen Lach- und Weinkrämpfen, sonst Aetiologie dunkel. Nach einvierteljähriger Krankheitsdauer kam sie am 17. Juli 1875 in die Anstalt.

Hier konnte die Diagnose der Dementia paralytica bald gestellt werden. Die gut genährte Kranke ist sehr gedächtnissschwach, bringt theils den charakteristischen Grössenwahn vor, hat viele Kinder, viele schöne Männer, jeder mit 100000 Thlr. Vermögen u. s. w.; theils wird ein ebenso schwachsinniges, hypochondrisches Delirium geäussert, sie hat keine Beine, kein Herz mehr u. s. w. Die Sprache ist anfangs nur schleppend, später deutlich anstossend, Pupillen eng, nicht ungleich, die Zunge zeigt fibrilläre Zuckungen, weicht nach rechts ab, der rechte Mundwinkel steht höher, besonders im Affect. Die Hände zeigen eine leichte Unsicherheit, die rechte Schulter steht tiefer. Der Gang ist besonders unbeachtet schwerfällig, auf einem Beine allein steht sie mässig gut, bei Verschluss der Augen und Füsse ohne Schwanken.

Der weitere Verlauf war der einer typischen Dementia paralytica. Das Kniephänomen liess sich später immer deutlich beiderseits nachweisen, mit dem Fussphänomen gelang dies nicht.

Am 13. December 1877 trat ein apoplectiformer Anfall auf, an welchem sich eine dreiwöchentliche linksseitige Hemiparese anschloss. Während derselben erschien die Reflexerregbarkeit am linken Beine gegen das rechte deutlich herabgesetzt, die Sensibilität und Reflexerregbarkeit waren erhalten, das Unterschenkelphänomen war an beiden Beinen sehr stark ausgeprägt, etwas stärker auf der linken Seite, das Fussphänomen nur andeutungsweise vorhanden.

Tod am 7. März 1878 an Decubitus mit Pneumonie.

Section 17 Stunden später.

Gehirn: Gesammtgewicht desselben 1120 Gramm. Schädeldach mässig dick, wenig Diploë enthaltend. Dura mater zeigt auf der rechten Innen-

fläche des convexen Theils leichte Auflagerungen (Hämatome). Sinus longitudinalis enthält ein dunkles Blutgerinnsel. Die Pia mater zeigt beiderseits im Bereich des Stirnhirns und der vorderen Centralwindung eine starke milchige Trübung und Verdickung; sie lässt sich überall leicht abziehen. Aehnliche Trübungen zeigen die weichen Häute an einzelnen Stellen der Basis und längs beider Fossae Sylvii. Die ganze Gehirnsubstanz macht einen anämischen Eindruck, sonst findet sich im Gross-, Klein- und Stammhirn nichts Pathologisches.

Rückenmark: Dura mater und weiche Häute ebenso wie die Rückenmarksubstanz sehr blass. Das Rückenmark ist fest zu schneiden, zeigt nirgends eine Verfärbung der Stränge.

Sonstige pathologische Befunde: Der mittlere und untere Lappen der rechten Lunge befinden sich im Zustand grauer Hepatisation, in der rechten Pleurahöhle etwa $^{1}/_{5}$ Liter rother Flüssigkeit enthaltend. Am Herzen, das von einem starken Fettlager umgeben ist, findet sich etwas Atherom der Aortenklappen. Fettige Entartung der Leber. Grosser und tiefgehender Decubitus am Kreuzbein und über dem Trochanter majus beiderseits.

Bei der frischen mikroskopischen Untersuchung des Rückenmarks finden sich nur in den Hintersträngen mässig zahlreiche Körnchenzellen und zwar besonders in der inneren Hälfte wie gewöhnlich am häufigsten im Brustmark, aber auch noch im Lendenmark nachweisbar. In den Seitensträngen und Vordersträngen waren sie nur vereinzelt nachzuweisen.

Eine Verfärbung der Markstränge ist nach der Erhärtung durch Kali bichromicum mit blossem Auge nicht wahrzunehmen, dagegen stellt sich nach Färbung durch Carmin bei der mikroskopischen Untersuchung durchsichtig gemachter Schnitte eine Entartung der Hinterstränge heraus. Dieselbe hat die der hinteren Längsspalte anliegenden Theile ergriffen und entspricht so im Wesentlichen den als Goll'sche Keilstränge bekannten Abschnitten. Besonders im Halsmark tritt dies Verhalten deutlich hervor, während im Brustmark die Erkrankung sich auch vielfach in die äussere Hälfte der Hinterstränge erstreckt. Im Lendenmark, wo sie bis in die Anschwellung zu verfolgen ist, ist sie wieder mehr auf die mittleren Partien beschränkt. Sie besteht histologisch in einer Verbreiterung des Fasernetzes zwischen den Nervenfasern, so dass diese Partien mehr geröthet erscheinen. Die Nervenfasern selbst erscheinen noch vielfach wohl erhalten, also im Wesentlichen das Bild einer chronischen Myelitis, wie bei dem Kranken der vierten Beobachtung.

VII. St., 52 Jahre alt, verheir., Hausirerin. Ueber Aetiologie und ausseranstaltliche Krankheitsdauer fehlen die Angaben, nach eigener Angabe will sie Wein und Bier, auch viel Kaffee, aber keinen Schnaps getrunken haben.

Die Kranke ist bei ihrer Aufnahme am 20. Juni 1878 sehr erregt. Sie war eine mässig genährte Frau mit defecten Zähnen, rigiden Temporal-

arterien, erweiterter rechter Pupille, Zittern der Zunge und der Finger. Die Sprache war zeitweilig anstossend, der Gang ab und zu etwas unsicher aber nicht ataktisch. Beim Stehen mit geschlossenen Augen schwankte sie nicht besonders; auf einem Beine konnte sie nicht stehen. Kniephänomen deutlich vorhanden, auch das Fussphänomen etwas. Sie war heiter und optimistisch gestimmt, besässe Millionen, wollte sich sofort zum 3. Male verheirathen; am Hofe in Neustrelitz Concerte gegeben haben, sich wieder so schön wie im 16. Jahre machen können u. s. w. Ferner macht sie Angaben über ihre Kinder in paralytischer Weise, sei alle sechs Monate niedergekommen, es seien die schönsten Kinder u. s. w. Auch später zeigte sie bei sonstiger Zunahme der Lähmung der Beine beim Stehen mit Verschluss der Augen kein besonderes Schwanken. Das Unterschenkelphänomen war beiderseitig immer sehr stark vorhanden, das Fussphänomen weniger stark. Auch am 2. September 1878 während eines epileptiformen Anfalls, der ausschliesslich auf der rechten Seite auftrat, waren die genannten Erscheinungen in sehr starkem Grade vorhanden und schien besonders die rechte Seite das Kniephänomen und Fussphänomen in stärkerem Grade zu zeigen.

Der Tod erfolgte am 10. September 1878 an nervöser Erschöpfung, nach welchem 10 Stunden später die Section stattfand.

Gehirn: Gesammtgewicht desselben 1160 Gramm. Schädeldach dünn, dabei fest, ohne Diploë. Tabula vitrea uneben. Auf der Innenfläche der Dura mater, entsprechend der Convexität des Gehirns, einige rostfarbige Auflagerungen (Hämatome). Die Pia mater zeigte eine nur mässige Trübung und Verdickung über dem Vorderhirn; Windungen mässig atrophisch. Häute lassen sich unter etwas Substanzverlust abziehen. Nach Entfernung der Häute erschien die Oberfläche des Stirn- und Scheitelhirns von rosigrothem Aussehen, ebenso die Orbitalfläche des Stirnhirns. Granulationen auf der Oberfläche beider Corpora striata und Thalami optici. Im Bereich des Kleinhirns zeigen die weichen Häute oben wie unten weissliche Trübungen. Im Bereich des Vorderhirns erscheint die Corticalsubstanz ziemlich geröthet. Hie und da in der Substanz kleine Capillarextravasate, so z. B. am Anfange des rechten absteigenden Horns. Im Allgemeinen Gehirn blutreich. Mässige Granulationen im IV. Ventrikel. Klein- und Stammhirn normal.

Rückenmark: Dura mater und Pia mater von normalem Aussehen. Substanz schon etwas weich. Zeichnung der Hörner deutlich erhalten. Hie und da erscheinen die Hinterstränge etwas graulich gefärbt.

Sonstige pathologische Befunde: Die rechte Lunge ist mit der Costalpleura verwachsen und in ihrem unteren Lappen pneumonisch infiltrirt. Starkes Atherom der Aorta. Bedeutende Hyperämie der Leber.

Nach der Erhärtung in Kali bichromicum fällt auf dem Querschnitt sofort die Kleinheit des Rückenmarks auf. Dieselbe ist eine ganz allgemeine. Das Hals- und Lendenmark erscheinen nicht grösser als unter

gewöhnlichen Verhältnissen das Brustmark, letzteres ist entsprechend verkleinert. Weiter lässt sich mit blossem Auge eine Verfärbung der Hinterstränge erkennen, welche im Wesentlichen der bei den Kranken der vierten und fünften Beobachtung beschriebenen entspricht, indem sie im Halsmark an den Goll'schen Strängen auftritt und im Brustmark beiderseits einen helleren, scharfumgrenzten Streifen in den Burdach'schen Strängen bildet. Im Lendenmark ist die Verfärbung nicht mehr deutlich markirt, doch haben hier die Hinterstränge noch einen helleren Farbenton gegenüber den übrigen Strängen.

Der Befund bei der mikroskopischen Untersuchung von durchsichtigen, gefärbten Querschnitten und mit Osmium-Glycerin zeigt die Verhältnisse der chronischen Myelitis. Im Lendenmark ist die Verbreitung der Zwischensubstanz noch deutlich erkennbar, doch ist sie weniger scharf ausgeprägt, als in den höher gelegenen Abschnitten und beschränkt sich ausschliesslich auf die inneren Partien. Sie lässt sich bis in die Lendenanschwellung verfolgen.

VIII. v. S., Landwirth, verheir., bei seiner Aufnahme am 8. Juli 1874 39 Jahre alt. Mütterlicher Seite sind in der Ascendenz und in den Seitenlinien mehrere Fälle von Geistesstörung vorgekommen; auch soll ein Grossonkels v. S. schwachsinnig gewesen sein. Der gering begabte Kranke musste frühzeitig das Gymnasium verlassen und konnte es auch im Maschinenbaufache zu Nichts bringen. Als Landwirth soll er tüchtig gewesen sein. Seit 15—16 Jahren litt er an Magenbeschwerden, die sich seit dem Feldzuge 1870—1871 verschlimmerten. Anfang 1872 übernahm er die Bewirthschaftung einer kleinen Bauernstelle und hatte hierbei viel mit Nahrungssorgen zu kämpfen. Im August 1872 stellte sich Gedankenschwäche ein, im Frühjahr darauf behinderte Sprache und später ein ängstlicher Vergiftungswahn.

Bei seiner Aufnahme erschien der Kranke ziemlich gut genährt, von fester Muskulatur und auffallend durch seinen kahlen Vorderkopf. Er stiess mit der Sprache an, die Gesichtszüge waren schlaff, ohne besondere Ungleichheit auf einer Seite, die rechte Pupille erweitert. Die Zunge wurde gerade herausgestreckt, zeigte fibrilläres Zittern, besonders an den Rändern. Es bestanden isolirte zitternde Bewegungen am rechten Oberschenkel und schnalzende Bewegungen der Lippen. Weiter bestand eine grosse motorische Unruhe, indem sich der Patient entweder im Bette umherwälzte, oder im Zimmer umhersprang, so dass man zu bestimmten Resultaten über das Verhalten der Extremitäten nicht gelangen konnte. Psychisch bestand geringe Besinnlichkeit, eine Antwort war schwer zu erhalten; zuweilen war Patient sehr laut, verwahrte sich einmal dagegen, dass man ihn zum Fliegen benutzen wolle, damit die Dampfmaschinen leichter und ohne Dampf gingen. Er rieb sich viel den Körper, wollte häufig kein Hemd anbehalten. Der

Urin musste mit dem Katheter entleert werden, auch bestand Stuhlverstopfung. Puls 100, ziemlich schwach.

Diese erregte Periode hielt 8 Tage an, dann beruhigte sich Patient mehr und mehr und traten nun die Lähmungserscheinungen auf motorischem Gebiete deutlicher hervor. Die Hände zeigten bei feineren Verrichtungen die bekannte paralytische Unsicherheit, die Schriftzüge waren zitterig und ausfahrend, ausserdem boten die Briefe auch mannigfache Wiederholungen und Auslassungen von Worten dar. Der Gang war etwas unbeholfen und beim Umdrehen und Treppensteigen leicht schwankend, aber niemals schleudernd und stampfend wie bei der Tabes dorsalis. Bei Verschluss der Augen und Füsse trat meistens kein Schwanken ein, nur selten nach längerer Zeit in mässigem Grade und niemals bis zum Umfallen. Bei Nadelstichen in die Beine wurde eine lebhafte Empfindlichkeit gezeigt, eingehende Untersuchungen über Localisation derselben waren bei dem herabgesetzten Perceptionsvermögen nicht ausführbar. Die anstossende Sprache und die Ungleichheit der Pupillen traten allerdings in wechselnder Stärke auf, liessen sich aber immer nachweisen. Vielfach wurden Grössenideen mit dem Charakter paralytischer Schwäche geäussert. Er habe Düsseldorf, den Kölner Dom und Hamburg gebaut, besitze Millionen u. s. w. Anderseits wieder ein rascher Umschlag mit gleich schwachsinniger Färbung und mikromanischen Vorstellungen, dass er ganz klein sei u. s. w. Im Verlauf der Krankheit nahm der Blödsinn immer mehr zu. Zuweilen wurde in ganz planloser Weise über die Mauer und durch die Thüren gedrängt. Auch das Sammeln werthlosen Plunders und Bezeichnungen desselben als kostbare Schätze fehlten dem Krankheitsbilde nicht. Häufig wurde mit Urin und Koth geschmiert. Der Appetit war meist gut, die Ernährung nahm sehr bald in starker Weise zu, um erst gegen den Ausgang wieder etwas herabzusinken. Zuweilen traten vorübergehende Temperaturerhöhungen ein, ohne dass sich eine entzündliche Erkrankung nachweisen liess. So findet sich unter dem 24. Mai 1875 eine Abendtemperatur bis zu 39,8° C. notirt, während ausser etwas Zittern der Muskeln der Arme und Hände, so wie im Gesicht nichts Krankhaftes zu bemerken war und schon am andern Morgen die Temperatur wieder normal erschien.

In den ruhigen Zeiten konnte sich Patient etwas beschäftigen, dieselben erstreckten sich zuweilen auf eine Dauer von mehreren Monaten, doch waren das Fortbestehen der motorischen Störungen und die geistige Leere bei näherem Eingehen immer mit Leichtigkeit zu constatiren.

Das Kniephänomen, auf welches nach der Veröffentlichung *Westphal's* wiederholt untersucht wurde, liess sich beiderseits immer sehr deutlich schon beim leichten Klopfen auf die Sehnen feststellen, sehr häufig traten mehrere Contractionen des Quadriceps hinter einander auf. Das Fussphänomen liess sich nicht hervorrufen.

Mehrfach kam es zu paralytischen Anfällen, so stellte sich ein solcher

am 3. Januar 1877 ein. Der Kranke war plötzlich hingefallen und musste zu Bett gebracht werden. Bei der kurz darauf ausgeführten ärztlichen Untersuchung bot er folgendes Bild: Das Bewusstsein ist völlig verschwunden; der rechte Arm ist vollständig gelähmt, fällt in die Höhe gehoben und losgelassen schlaff herab; ebenso das rechte Bein; der rechte Mundwinkel steht etwas tiefer; die rechte Backe erscheint dicker, wölbt sich bei der Exspiration mehr hervor als die linke. Der Mund ist fest geschlossen, kann nur mit einiger Gewalt geöffnet werden. Die Zunge liegt hinter den Zähnen. Der Kopf ist nach rechts gewendet; die Augen sehen meist nach rechts, zuweilen oscilliren sie, oder werden nach rechts oben gedreht. Pupillen mittelweit, nicht ungleich. Der linke Arm ist flectirt, zeigt Starre bei passiven Bewegungen; ebenso das linke Bein. Das Unterschenkel- und Fussphänomen ist beiderseitig vorhanden, rechts stärker. Reflexerregbarkeit an beiden Beinen gleich gut. Empfindlichkeit scheint überall herabgesetzt. Während der Untersuchung stellen sich Zuckungen im linken Arm ein, später auch im rechten. Hodenreflex beiderseits nicht nachweisbar. Schwitzt sehr stark. Puls 84, Resp. 28, Temp. 38,8. Beginnende Pneumonie beiderseitig hinten und unten. Am 4. Januar Verhältnisse unverändert, nur traten einige epileptiforme Anfälle auf mit Zuckungen sämmtlicher Extremitäten.

5. Januar 7 Uhr Abends. Linker Arm anscheinend vollständig gelähmt fällt schlaff nieder, der rechte Arm steht in rechtwinkliger Beugung, zuweilen Zuckungen desselben, sowie Zuckungen der Finger; bei passiven Bewegungen desselben deutliche Starre vorhanden. Auch im linken Arme traten einige Male leichte Zuckungen auf, auch schien sich bei wiederholten passiven Beuge- und Streckbewegungen desselben einige Starre einzustellen. Ist nass und schmutzig; schwitzt sehr stark am Kopf, Hals und Rumpf, weniger an Armen und Beinen. Unterschenkelphänomen beiderseits deutlich vorhanden, links stärker. Fussphänomen nur links. Reflexerregbarkeit vom rechten Bein aus stärker als links. Sensibilität auf der ganzen linken Seite herabgesetzt, zuweilen anscheinend verschwunden, rechts stärker. Bei Berührung der rechten vorderen Halsseite sehr empfindlich; schreit, bekommt Zuckungen im rechten Arm (zum Theil scheinen es abwehrende Bewegungen zu sein); einige Male auch im linken, sowie klonische Zuckungen sämmtlicher Gesichtsmuskeln, starkes Oscilliren der Augen. Besonders empfindlich erscheinen die Stellen entsprechend dem Plexus brachialis. Diese Erscheinung war links nicht vorhanden. Der Kopf lag grade, zuweilen etwas nach rechts. Puls 88, Resp. 30,0, Temp. 39,0. Hustet ohne Auswurf. Tod am 7. Januar 1877.

Section 28 Stunden nach dem Tode.

Gehirn: Gesammtgewicht 1520 Gramm. Dura mater normal. Pia mater im Bereich des Stirn- und Scheitelhirns getrübt, beim Abziehen folgt etwas weisse Substanz mit, ähnliche Verhältnisse an der Basis am Stirnhirn und Schläfenhirn. Granulationen des Ependyms in den Seitenventrikeln,

besonders in der Gegend des Corp. striat., ebenso im III. und IV. Ventrikel. Auf Durchschnitten des Stirnhirns sind die Schichten der Rindensubstanz überall leicht erkennbar; die inneren erscheinen etwas geröthet, ebenso stellenweise die angrenzenden Markpartien. Viel Gefässquerschnitte, auch die übrigen Hirntheile erscheinen blutreich. Hinterhorn beiderseitig erweitert.

Rückenmark blutreich; auf der Hinterfläche befindet sich ein starkes Exsudat, am stärksten im mittleren Dorsaltheil, beginnend am oberen Halsmark und bis zum Lendenmark reichend. Vom mittleren Halsmark an erscheint der Hinterstrang zu beiden Seiten der Fissura post. entsprechend den Goll'schen Strängen graurötblich gefärbt. Allmälig abnehmend hört diese Verfärbung im unteren Drittel des Dorsalmarks auf.

Sonstige pathologische Befunde: Geringes Atherom der Aorta. Mässige beiderseitige hypostatische Pneumonie. Fettleber.

Mikroskopisches Ergebniss: Bei der frischen Untersuchung des Rückenmarkes liessen sich in der ganzen Länge desselben in den hinteren Abschnitten der Seitenstränge zahlreiche Körnchenzellen nachweisen und zwar links in stärkerem Grade. Ausserdem waren solche vorhanden im Halsmark, beiderseits an der Innenfläche der Vorderstränge und in den Hintersträngen ebenfalls beiderseits im Halsmark und im oberen Drittel des Brustmarkes, besonders in den der hinteren Längsspalte angrenzenden Partien.

Nach der Erhärtung in Kali bichromicum war makroskopisch eine zusammenhängende hellere Färbung der Markstränge nicht wahrzunehmen, nach Behandlung mit Carmin und Aufhellung durch Nelkenöl ergab sich folgender Befund. In den Seitensträngen fällt in der hinteren Hälfte eine Stelle durch ihre röthere Färbung auf, welche sich durch die ganze Länge des Rückenmarkes bis hinab in das Lendenmark erstreckt und nach ihrer Lage den von *Flechsig* beschriebenen Pyramiden-Seitenstrangbahnen entspringt. Sie lässt im gesammten Mark zwischen sich und der grauen Substanz eine Schicht normalen Gewebes frei, nur im Anfang des Halsmarkes tritt sie dicht an dieselbe heran. Ebenso bleibt sie durch einen Streifen gesunder Marksubstanz von der Peripherie getrennt, erst im unteren Brustmark tritt sie dicht an dieselbe heran und behält diese Lage nun bis in den Lendentheil hinab bei. Diese Verfärbung ist auf der linken Seite stärker ausgeprägt. In den Vordersträngen ist eine solche nur rechts vorhanden, liegt hier im oberen Halsmark sattelförmig einem Theile der inneren und äusseren Fläche auf und legt sich dann an die gesammte innere Fläche an, um mit dem Beginn des Brustmarkes bald zu verschwinden. Diese Verfärbung ist schon im Bereich der unteren Pyramidenkreuzung nachweisbar. In den Hintersträngen erscheint nur im Halsmark und im oberen Brustmark diejenige Partie von stärkeren rötheren Streifen durchsetzt, welche den Goll'schen Keilsträngen entspricht und zwar links in höherem Grade. Die genauere Untersuchung dieser Stellen zeigt Verhältnisse, welche in der

Hauptsache der von *Westphal* beschriebenen chronischen Myelitis der Paralytiker entsprechen.

IX. K., Schneidermeister, verheir., bei seiner Aufnahme am 15. Mai 1876 39 Jahre alt, ohne erbliche Anlage, stets fleissig und nüchtern, aber immer in kümmerlichen Verhältnissen lebend, zeigte Ostern 1875 ein auffallend stilles Wesen, welchem bald ein epileptiformer Anfall folgte, der 3 Stunden anhielt und sich später noch dreimal wiederholte. Die Arbeitskraft des Patienten nahm rasch ab, die Nahrungssorgen erreichten einen immer höheren Grad. Durch eine melancholische Verstimmung, in welcher es selbst zu einem Selbstmordanfall kam, wurde seine Versetzung in das Krankenhaus zu Schwerin veranlasst, aus welchem er nach 5 Wochen hierher kam.

Bei seiner Aufnahme in die Anstalt zeigte der gut genährte Kranke ein äusserlich ruhiges Verhalten, aber der geistige Schwachsinn, die Zufriedenheit, mit welcher er sich über Alles aussprach, Alles sehr schön fand, die blödsinnigen Grössenideen, die Gedächtnissschwäche und eine Reihe paretischer Erscheinungen auf körperlichem Gebiete machten sehr bald das Bestehen einer Dementia paralytica unzweifelhaft. Die Sprache war deutlich anstossend, der Gang etwas unbeholfen, breitspurig, ab und zu leicht schwankend, nicht ataktisch; beim Stehen mit geschlossenen Augen trat zuweilen ein leichtes Schwanken ein, zum Umfallen kam es dabei nicht. Auf einem Beine allein konnte er nicht stehen. Eine Störung der Sensibilität liess sich an den Beinen nicht nachweisen. Das Unterschenkelphänomen war beiderseitig deutlich vorhanden, rechts in stärkerem Grade; das Fussphänomen liess sich nicht auslösen. Die oberen Extremitäten zeigten ebenfalls Spuren von Unsicherheit, als Zittern der ausgestreckten Finger, doch konnte Patient sich noch leidlich mit Schneiderarbeiten beschäftigen. Die Zunge weicht beim Ausstrecken nach links ab, zittert ziemlich stark; die Pupillen sind beide sehr eng, die rechte enger. Die rechte Gesichtshälfte steht tiefer.

Im weiteren Verlaufe bot der Kranke das bekannte Bild eines harmlosen Paralytikers dar, bis sich Anfang April 1877 eine grössere Erregung einstellte, an welche sich dann eine rasche Zunahme der Lähmungserscheinungen sowohl auf psychischem als motorischem Gebiete anschloss. Der Gang wurde immer taumliger und schliesslich ganz unmöglich, so dass Patient nur noch umherkriechen konnte. In diesem Stadium ergab die wiederholte Untersuchung das Bestehen des Kniephänomens beiderseitig immer in sehr starkem Grade, ohne dass es jedoch auf einer Seite mehr ausgeprägt war, das Fussphänomen liess sich nicht nachweisen. Die Contractilität des Cremaster bei Druck auf den Nervus saphenus major über dem Condylus internus femoris war beiderseitig gut ausgeprägt. In den Armen war bei passiven Bewegungen immer eine sehr starke Starre vorhanden, auch in den Beinen konnte eine

solche wiederholt festgestellt werden; ausserdem traten häufig Zitterkrämpfe der oberen Extremitäten auf. Die Reflexerregbarkeit zeigte sich an den Beinen bei Nadelstichen erhöht, dagegen wurde bei solchen nur geringe Empfindlichkeit gezeigt. So lange der Kranke stehen konnte, war eine Zunahme des schon bestehenden Schwankens durch Verschluss der Augen nicht wahrnehmbar. Unter Auftreten von Decubitus und Schlucklähmung erfolgte am 13. Juli 1877 der Tod.

Die Section fand 21 Stunden nach dem Tode statt.

Gehirn: Gesammtgewicht 1195 Gramm. Bedeutende Trübung und Verdickung der weichen Häute, Atrophie der Rinde im Bereiche des Stirn- und Scheitelhirns; einige Trübung im Bereiche der Fossa Sylvii, in der Spitze des Schläfenhirns und an der Orbitalfläche des Stirnhirns. Pia mater nicht ohne Substanzverlust abzuziehen, besonders an der Convexität. Die Häute des Wurms oben und unten etwas getrübt, Ventrikel erweitert, besonders in den absteigenden Hörnern, theilweise mit Plexus chorioidei verwachsen.

Rückenmark: Auf dem hinteren Theile der Halsschwellung einige Verwachsungen der Häute; die Hinterstränge zeigen im Hals- und Lendentheile stellenweise einige graue Verfärbungen.

Sonstige pathologische Befunde: Beide Lungen in ihren unteren Theilen leicht mit der Costalpleura verklebt und die unteren Lappen beiderseits sehr blutreich. Starkes Atherom der Aorta. Stauungs-Muskatnussleber. Mässiger Sacral-Decubitus.

Die frische mikroskopische Untersuchung des Rückenmarkes ergiebt durch die ganze Länge desselben sehr zahlreiche Körnchenzellen in den beiden Hinterseitensträngen, im Halsmark auch in den der vorderen Längsspalte anliegenden Theilen der Vorderstränge. In den Hintersträngen sind Körnchenzellen nur in mässiger Anzahl nachweisbar und zwar nur im Hals- und Brustmark.

An dem in Kali bichromicum gehärteten Rückenmark tritt in der Gegend des ersten Halsnerven eine scharf abgegrenzte Verfärbung der Hinterstränge auf, welche die Gegend der Goll'schen Keilstränge einnimmt, jedoch so, dass die mittleren Theile sich weniger stark ergriffen zeigen. Im Bereich des zweiten Halsnerven tritt auch eine Verfärbung der äusseren Hälfte beider Hinterstränge auf, welche von der Peripherie in kolbenförmiger Gestalt von hinten nach vorn läuft und zwischen sich und der grauen Substanz einerseits und der verfärbten inneren Partie andererseits einen schmalen Streifen normal erscheinender Substanz übrig lässt. Im Brustmark erscheinen die inneren Partien der Hinterstränge nahezu frei, während die Verfärbung der äusseren Hälfte sich beiderseits sehr deutlich verfolgen lässt und auch im Lendenmark noch in Gestalt eines schmalen Streifens sichtbar ist. Im Lendenmark tritt auch wieder eine deutliche hellere Färbung der an die hintere Längsspalte stossenden Partie hervor, welche hier die bekannte ovale Figur bildet. Im ganzen Verlauf der Hinter-

stränge reichen die verfärbten Stellen nirgends bis an die äussere Commissur heran. In den Hinterseitensträngen tritt erst im mittleren Brustmark eine scharf umgrenzte Verfärbung hervor, welche sich beiderseits bis hinab in das Lendenmark verfolgen lässt und welche den von *Flechsig* beschriebenen Pyramidenbahnen entspricht. Weiter oben zeigen die entsprechenden Abschnitte nur einen helleren, nicht scharf umgrenzten Ton. In der Medulla oblongata ist nirgends eine Verfärbung wahrzunehmen.

Die mikroskopische Untersuchung mit Carmin gefärbter und durchsichtig gemachter Querschnitte ergiebt in den Hinterseitensträngen eine röthere Färbung, welche nach ihrer Ausdehnung und ihrer pathologischen Beschaffenheit denselben Charakter zeigt, wie die Entartung der Seitenstränge bei dem Kranken der vorhergehenden Beobachtung, jedoch ohne stärkeres Ergriffensein einer Seite. In den Vordersträngen ist eine krankhafte Veränderung nirgends sichtbar. In den Hintersträngen erweisen sich die schon makroskopisch sich als verändert zeigenden Stellen ebenfalls stärker geröthet. Die genauere Untersuchung liess noch zahlreiche, wohlerhaltene Nervenfasern erkennen, welche von einem breiten Netzwerk umgeben sind, das zum Theil bindegewebig, zum Theil körnig erscheint, also der Erkrankung in den Seitensträngen entsprechen. Diese Stellen sind überall durch normale Partien von der grauen Substanz und der hinteren Wurzel, sowie der hinteren Commissur getrennt, nur im unteren Brustmark erstrecken sie sich beiderseits bis dicht an die hinteren Wurzeln.

X. D., verheir., Uhrmacher, 32 Jahre alt, aufgenommen am 18. December 1876. Bei fehlender Erblichkeit und da auch Ausschweifungen jeder Art in Abrede gestellt wurden, konnten als ätiologische Momente nur Ueberanstrengung in seinem Berufe und ungenügende Ernährung des zum Geiz geneigten Kranken angesehen werden. Die ausseranstaltliche Krankheitsdauer betrug ein Jahr.

Die hiesige Beobachtung stellte die Dementia paralytica bald ausser allem Zweifel. Der blass aussehende und schlecht genährte Mann zeigt einen unbehülflichen und unsicheren Gang, bei welchem er die Füsse aus einander stellt, bei kleinen Hindernissen leicht in Gefahr kommt zu fallen und auf der geraden Linie besonders nach links abweicht, zuweilen schwankt er auch nach vorn. Beim Stehen mit Verschluss der Augen und dicht aneinander gestellten Füssen ist keine Zunahme des Schwankens wahrzunehmen. An den Händen besteht leichtes Zittern, ebenso zittert die Zunge etwas, welche sonst gerade gehalten wird, auch an den Gesichtsmuskeln ist ein Beben sichtbar. Die Sprache ist anstossend. Eine Ungleichheit der engen Pupillen lässt sich nicht nachweisen. Der Kranke bietet in psychischer Hinsicht den charakteristischen Grössenwahn, er hat jährlich 20000 goldene Uhren verkauft, hat Kinder von 2 Meter Höhe u. s. w. Das Gedächtniss ist sehr geschwächt. Der Puls zeigt keine erhöhte Frequenz, der Appetit ist wechselnd; der Kranke macht sich viel nass. Das Knie-

phänomen liess sich beiderseits immer sehr deutlich nachweisen, das Fussphänomen war nur andeutungsweise an beiden Seiten vorhanden.

Am 5. Februar 1877 machte eine rechtseitige Pneumonie dem Leben des Kranken ein Ende. In den letzten Tagen war der sonst unbesinnliche Kranke durch eigenthümliche drehende, automatische Bewegungen des linken Armes aufgefallen; auch bestand Starre beider Arme, links in höherem Grade.

Section 8 Stunden nach dem Tode.

Gehirn: Gesammtgewicht 1345 Gramm. Dura mater erscheint über dem Stirnhirn etwas gefaltet, sonst normal. Die Pia mater ist im Bereich des Stirn- und Scheitelhirns getrübt, verdickt und ödematös, lässt sich leicht abziehen. Darunter erscheint die Gehirnoberfläche rauh, uneben, granulirt; eine solche Beschaffenheit zeigen auch die Schläfenwindungen in ihren vorderen Dritteln. Die Windungen erscheinen an diesen Theilen verschmälert; zuweilen rosigroth gefärbt. Die Occipitalwindungen, Schläfenhirn unten sind glatt, nur stellenweise etwas röthlich gefärbt. Ziemlich starke Wassermenge in den Ventrikeln. Ventriculus septi pellucidi stark erweitert durch Serum. Auf der Oberfläche der Corpora striata finden sich kleine hirsekornartige Granulationen, weniger stark auf den Thalami optici, sehr stark wieder im IV. Ventrikel.

Durchschnitte des Gehirnmantels zeigen zahlreiche Gefässe, sonst nichts Abnormes. In der Gegend des Cornu Ammonis (Hakenwindung) erscheint die Substanz mehr geröthet, besonders links.

Rückenmark: Auf der hinteren Fläche desselben findet sich ein Exsudat, das in der Mitte der Halsanschwellung beginnt und bis zum Ende der Lendenanschwellung reicht. Am stärksten ist es am Halsmark. Die vordere Fläche ist frei. Die hinteren Wurzeln liegen zum Theil in dem Exsudat drin. Das Rückenmark erscheint auf dem Durchschnitte ziemlich blutreich, vom unteren Drittel des Dorsalmarks beginnend, zeigt sich eine grauliche Verfärbung der Hinterstränge, welche die ganze Peripherie einnimmt und etwa bis zur Hälfte nach vorn reicht.

An der vorderen Fläche der Medulla oblongata findet sich ein ziemlich frisches, abwischbares Blutextravasat, ebenso über Pons, Hirnschenkel und nach vorn bis zur Ursprungsstelle der Nervi olfactorii; am Chiasm. opticor. und Tub. ciner. sitzt es fester.

Sonstige pathologische Befunde: Braune Atrophie des Herzens. Graue Hepatisation des linken unteren Lungenlappens, der rechte Lungenlappen befindet sich in dem Zustande der blutigen Anschoppung. Fettleber.

Die frische mikroskopische Untersuchung des Rückenmarkes ergiebt durch die ganze Länge desselben sehr zahlreiche Körnchenzellen in den Hinterseitensträngen, nicht in den Vordersträngen, in den Hintersträngen nur im Brustmark in mässiger Anzahl.

An dem in Kali bichromicum erhärteten Rückenmark tritt

in den Hintersträngen schon im oberen Halsmark eine Verfärbung zu Tage, welche nach ihrer Lage den Pyramidenbahnen entspricht. Sie lässt sich bis in die Mitte der Lendenanschwellung verfolgen, dann verliert sie sich allmälig. Am deutlichsten zeichnet sie sich im Brustmark ab. An den Vordersträngen ist im Halsmark keine hellere Färbung zu sehen. Mit dem Beginn des Brustmarks tritt auch im Hinterstrang beiderseits eine heller erscheinende Stelle in den Burdach'schen Strängen auf. Sie entspricht nach ihrer Form der bei den Kranken der vierten und fünften Beobachtung näher beschriebenen Degeneration der Hinterstränge. Ihr Ende erreicht sie beiderseits in der Gegend der letzten Brustnerven.

Die mikroskopische Untersuchung gefärbter und durchsichtiger Schnitte ergiebt für beide Hinterseitenstränge ein Verhalten, wie bei dem Kranken der vierten Beobachtung beschrieben worden ist. Die Ausdehnung des Processes entspricht genau der schon makroskopisch als entartet sich herausstellenden Partie. Dasselbe gilt von den Hintersträngen.

XI. W., 40 Jahre alt, verheir., Kaufmann. Aufnahme am 28. März 1878. Eine erbliche Anlage besteht nur insofern, als der Vater und einzelne Geschwister zur Exaltation neigen. Im Jahre 1866 erwarb er sich eine Lues, von welcher er geheilt wurde. Seit zwei Jahren veränderte er sich in psychischer Hinsicht und konnte bereits während eines kurzen Aufenthaltes im Maison de santé bei Berlin die Diagnose Dementia paralytica gestellt werden; welche denn auch hier durch den Verlauf der Krankheit bestätigt wurde.

Der blass aussehende, mässig genährte Kranke zeigte sofort den charakteristischen Schwachsinn, dabei Wechsel zwischen Grössenwahn und melancholisch-hypochondrischer Stimmung. Weiter heisst es im Journal vom 1. April 1878. Der Gang ist etwas steif, nicht besonders schwankend, nur beim Umdrehen schwankte er heute mehrere Male sehr deutlich. Beim Stehen mit geschlossenen Augen schwankt er nicht besonders. Er zittert bei Bewegungen mit den Armen, auch die ausgespreizten Finger zittern stark. Aufgefordert, die Hand zu geben, kann er dies nur unter mehrfachem Abweichen (uncoordinirten Bewegungen) thun. Händedruck beiderseits gleich. Gestern Abend war an beiden Armen bei Bewegungen ein ziemlich starkes Zittern vorhanden. Die Zunge wird herausgestreckt; zeigt ein stossweises Umherwerfen, nur selten fibrilläre Zuckungen. Die Sprache ist ab und zu anstossend, besonders beim Anfang der Worte und bei den Zungenbuchstaben. Zuweilen stottert er. Beim Schliessen der Augenlider zeigen dieselben ein krampfhaftes Zittern. Die Pupillen waren vorgestern mittelweit; heute sehr eng, ohne Ungleichheit. Das Kniephänomen ist beiderseits sehr deutlich; ebenso das Fussphänomen. Puls 88, ziemlich schwach. Appetit und Schlaf gut.

Der Gesammtverlauf bot nichts von dem gewöhnlichen Bilde der Paralyse Abweichendes. Syphilitische Erscheinungen liessen sich nicht



nachweisen, auch blieben Antisyphilitica ohne Einwirkung auf die Psychose.

Weiter heisst es im Journal am 9. Februar 1880: Vorgestern war er auf, konnte gut umhergehen. Seit gestern zu Bett, hat einen paralytischen Anfall. Er liegt nach der linken Seite, den Kopf nach links gedreht, Augen nach links gerichtet, auch der Mund nach links verzogen. Bei passiven Bewegungen des Kopfes nach der rechten Seite wird ein starker Widerstand entgegengesetzt. Der Speichel fliesst ihm auf der linken Seite aus dem Munde. Pupillen mittelweit, gleich. Im linken Arm häufig Zitterkrämpfe; zuweilen eigenthümliche drehende, mehr automatische Bewegungen, zuweilen tonische Contractionen. Auch am linken Bein ähnliche Erscheinungen, aber weniger stark. Der rechte Arm liegt schlaff an der Seite, aufgehoben fällt er herab. Zuweilen werden einige Bewegungen damit gemacht, er kratzt sich am Leib etc. Das rechte Bein meist ruhig in halber Beugestellung; bei passiven Bewegungen Widerstand vorhanden. Keine Anzeichen von Besinnlichkeit; bei Nadelstichen im Gesicht wird einige Empfindlichkeit gezeigt. Die Sehnenphänomene sind beiderseits an den Beinen sehr deutlich nachweisbar auch vom Fuss aus, rechts am Knie und Fuss stärker. Der Hodenreflex ist links sehr deutlich; der Bauchreflex nur links nachweisbar. Temperatur gestern Abend 36,4° C., heute Mittag 37,5° C. Lungen frei. Er hat seit gestern Morgen nicht gegessen, beisst die Zähne fest zusammen. Ist nicht mehr nass gewesen seit gestern. Urin mehrfach mit dem Catheter entleert.

Ferner heisst es im Journal vom 27. Februar 1880: Seit dem 20. d. M. wieder auf; kann aber nicht gehen, sitzt im Stuhl, kann sich auch hier schlecht aufrecht erhalten; sinkt entweder nach vorn, oder fällt nach der rechten Seite. Seit dem 22. ist eine Lähmung der Extensoren der rechten Hand vorhanden, dieselbe steht in vollkommener Beugestellung (nahezu rechtwinklig). Die Finger sind mit Ausnahme des Daumens gestreckt, vielleicht nur im Metacarpal-phalangealgelenk etwas leicht gebeugt, ausserdem der zweite und fünfte etwas unter die anderen geschoben. Der Daumen steht im Metacarpal-phalangealgelenk in halber Beugung, im letzten Gelenk gestreckt, ebenfalls etwas unter die übrigen Finger geschoben. Die passive Extension der Hand gelingt leicht ohne besonderen Widerstand von Seiten der Beuger, auch erfolgt sie, wenn die Hand absichtlich oder zufällig mit der Palmarfläche auf den Tisch zu liegen kommt; nach Entfernung des Druckes stellt sich sofort wieder die abnorme Stellung ein. Ein Versuch zu freiwilliger Streckung der rechten Hand ist von dem blödsinnigen Kranken auf keine Weise zu erlangen; er scheint die Absicht des Arztes zu verstehen, führt aber die verlangte Bewegung nur mit der linken Hand aus. Sonst kann er den rechten Arm gebrauchen; arbeitet heute damit an seinem Stuhl herum, doch bleibt die Hand in ihrer Beugestellung, sofern sie nicht dabei einen passiven Druck nach der Dorsalseite erfährt. Die Haut der rechten Hand erscheint bläulichroth, fühlt sich kühler an als die linke.

Bei Klopfen auf den Extensor radialis (Muskelbauch) waren einige Male Contractionen auszulösen; auch bei Klopfen auf den Extensor communis hin und wieder Streckbewegungen einzelner Finger nachweisbar, ebenso vom Flexor carp. radialis und dem Flexor communis aus. Die Untersuchung der elektrischen Erregbarkeit der Muskeln und Nerven des rechten Armes ergab sowohl für den constanten als inducirten Strom keine besondere Herabsetzung. Am 18. März 1880 gestorben an Lungenentzündung.

Section erfolgte $5^1/_2$ Stunden nach dem Tode.

Gehirn: Gesammtgewicht 1320 Gramm. Es erscheint besonders in seinen vorderen Partien abgeplattet und atrophisch. Die Dura mater nirgends krankhaft verändert. Schädeldach dick, wenig Diploë enthaltend, innere Fläche etwas rauh. Die Pia mater ist beiderseits im Bereich des Stirnhirns weisslich getrübt und verdickt (mit zahreichen Granulationen), ausserdem im Bereich der beiden Centralwindungen und beider oberen Scheitelläppchen, sowie der ersten Schläfenwindung. Eine Trübung zeigen auch die unteren Flächen des Stirnhirns beiderseits und die untere Spitze des Schläfenhirns. Die Trübung ist stärker links ausgeprägt und am deutlichsten wieder über den beiden oberen Stirnwindungen. An allen diesen Stellen lässt sich die Pia mater nur schwer und unter Substanzverlust des Gehirns abziehen, am meisten findet dies über dem Stirnhirn Statt. Die Oberfläche des Gehirns erscheint dann wie zernagt. Die Atrophie der Windungen tritt hierauf deutlicher hervor.

Auf Querschnitten erscheint die Rindensubstanz besonders vorn stark geröthet, auch die Marksubstanz zeigt viel Gefässquerschnitte.

In den Ventrikeln ist ein starker Hydrocephalus vorhanden. Das Ependym zeigt nur im 4. Ventrikel in der gesammten Ausdehnung zahlreiche hirseförmige Granulationen.

Das Stammhirn und Kleinhirn erscheinen auf dem Querschnitte normal.

Die Oberfläche der Insel erscheint beiderseits nach Entfernung der Pia mater ebenfalls höckrig, vielfach mit Substanzverlust; die linke Insel erscheint kleiner als die rechte.

Rückenmark: Bei Eröffnung der Dura mater entleert sich eine bedeutende Menge hellgelber Flüssigkeit. Die Innenfläche der Dura mater erscheint glatt; auf der Hinterfläche des Rückenmarkes ist im Bereich des Lendenmarkes ein mässiges Exsudat der Pia mater vorhanden. Im Halstheil entsprechend der hinteren Fläche von zwei bis fünf Halsnerven und zwar besonders links, nur etwas über die hintere Fissur nach rechts übergehend ist die Pia mater bräunlich verfärbt durch Auftreten unregelmässig gestalteter, zum Theil strich-, zum Theil punktförmiger Pigmentanhäufungen. Die Venen der Pia mater sind zum Theil stark gefüllt.

Auf dem Querschnitt des etwas weichen Markes ist eine scharf abgegrenzte Verfärbung, welche einen bestimmten Markabschnitt der Länge nach einnimmt, nicht sichtbar; nur im Halstheil ist hier und da im Hinter-



strang und Hinterseitenstrang ein mehr graulicher Ton vorhanden, zuweilen nur in Form kleiner Striche.

Sonstige pathologische Befunde: Beide untere Lungenlappen pneumonisch infiltrirt (graue Hepatisation), Atherom der Aorta. Thalergrosse Decubitusstelle auf dem Kreuz.

Frische mikroskopische Untersuchung: Im Stammhirn finden sich beiderseits in der anderen Hälfte ziemlich zahlreiche Körnchenzellen in den beiden äussern Drittel der inneren Kapsel, ebenso im Hirnschenkelfuss und in verschiedenen Abschnitten der vorderen Brückenabtheilung beiderseits. Sehr zahlreich erscheinen sie in den Pyramiden der Medulla oblongata und von da abwärts in den Hintersträngen bis hinab in's Lendenmark, ausserdem im rechten Vorderstrang durch das Halsmark und im Brustmark bis in die Gegend des fünften Brustnerven. Auch in den Hintersträngen lassen sie sich nachweisen, vom Halsmark an bis zum Beginn des Lendenmarkes.

Nach der Erhärtung in Kali bichromicum zeigt das Rückenmark eine Verfärbung der Hinterseitenstränge beiderseits von oben ab bis über die Lendenanschwellung hinaus, welche durchaus den Pyramidenbahnen *Flechsig*'s entspricht, auch in den Hintersträngen ist eine solche vorhanden. Sie betrifft im Halsmark durchweg die Goll'schen Keilstränge und zwar wieder am schärfsten nach aussen hervortretend. Mit dem Beginn des Brustmarkes tritt sie in der bereits geschilderten Weise in den Burdach'schen Strängen auf und lässt sich hier bis in die Gegend des sechsten Brustnerven verfolgen, wo sie allmälig verschwindet.

Ausserdem lässt sich aber auch im rechten Vorderstrang an der inneren Fläche desselben im ganzen Halsmark und im Brustmark bis in die Gegend des dritten Brustnerven eine zusammenhängende heller gefärbte Stelle nachweisen, welche bis zu $1/2$ Millimeter breit ist und um so mehr als Vordersträngpyramidenbahn im Sinne *Flechsig*'s aufgefasst werden kann, als der rechte Vorderstrang bedeutend breiter als der linke erscheint und umgekehrt der linke Hinterseitenstrang entschieden an Breite hinter dem rechten zurücksteht.

Bei der Untersuchung von Querschnitten, welche mit Carmin gefärbt und durchsichtig gemacht wurden, zeigten die schon dem blossen Auge als verändert erscheinenden Abschnitte im Bild, welches oben schon mehrfach als chronische Myelitis bezeichnet wurde.

XII. G., Postdirector, 63 Jahre alt, ledig, aufgenommen am 27. April 1879 nach einjähriger Krankheitsdauer. Er steht unter erblicher Anlage. Der mässig genährte Kranke tritt mit erweiterter linker Pupille, schlaffen Gesichtszügen, mit stärkerer Betheiligung der rechten, und langsam schleppender Sprache ein. Der Gang ist schwerfällig, er schleift beide Beine nach, geht nach vorn gebeugt. Bei Verschluss der Augen schwankt er etwas, aber nicht bis zum Umfallen. Das Kniephänomen ist beiderseitig

sehr deutlich vorhanden. Die Bewegungen der Hände zeigen bei feinen Verrichtungen ziemliche Unsicherheit, Gedächtniss gleich Null; zuweilen kindischer Vergiftungswahn, dann wieder gleichwerthiger Grössenwahn. Im weiteren Verlauf kam es mehrfach zu paralytischen Anfällen.

Am 3. Juli 1879 heisst es im Journal: Hat sich gestern Abend ganz ausgezogen; diese Nacht nass, wird meist sitzend gefunden, hat auch wenig Lust in den kleinen Garten zu gehen. Hat das Kniephänomen in sehr ausgeprägtem Grade, oft in Form eines Klonus; dasselbe lässt sich auch durch Klopfen über der ganzen Ausdehnung des Musculus quadriceps deutlich hervorrufen. Fussphänomen weniger stark. An beiden Vorderarmen lassen sich durch Klopfen auf die Beugesehnen über dem Handgelenk Beugung der Hand, zuweilen auch einiger Finger auslösen; eine deutliche Beugung des Vorderarmes tritt beim Klopfen auf die Sehne des Biceps und den Muskelbauch beiderseits hervor.

Ferner heisst es unter'm 31. d. M.: Anhaltend blödsinnig, fällt viel aus dem Bett. Hat ausserordentliche Starre der Beine und Arme bei passiven Bewegungen, besonders an den Beinen. Die Sehnenreflexe immer sehr stark ausgeprägt. Gestern war bei ruhigem Sitzen ein sehr starkes Zittern des linken Beines vorhanden.

Ein ähnliches Verhalten konnte noch am 22. September nachgewiesen werden.

Tod am 11. October 1879.

Section 8 Stunden nach demselben.

Das Rückenmark zeigt auf der hinteren Fläche im Bereich der zwei oberen Drittel des Brustmarks ein mässiges Exsudat; sonst ist es fest, graue Substanz nicht besonders scharf gezeichnet, doch keine Verfärbung der weissen Stränge nachweisbar.

Gehirn: Gesammtgewicht desselben 1170 Gramm. Starkes Haematoma durae matris beiderseits auf der Oberfläche, auch an der Basis in der vorderen und mittleren Schädelgrube; zum Theil aus älteren, weisslich gelben Schichten bestehend, in mehreren Lagen abziehbar, zum Theil mehr frisch, auch beiderseits frische Blutungen; das Blut floss in grosser Menge bei Herausnahme des Gehirns ab. Die Grosshirnhemisphären erscheinen beiderseits plattgedrückt, besonders links, hier gleichmässig; rechts besonders hinten.

Die Pia mater nicht getrübt, ausser an einigen Stellen, wo circumscripte, bis linsengrosse, gelblich weisse, dicke Trübungen auftreten, zum Theil den Gefässen folgend, zum Theil unabhängig von denselben. Die Pia mater ist ziemlich dick und lässt sich gut abziehen.

Die graue Substanz des Gyrus supramarg. beiderseits von röthlichem Aussehen.

Hydrops ventriculorum. Granulationen des Ependyms in dem Seiten- und vierten Ventrikel sehr stark ausgeprägt. Schädeldach von mittlerer

Dicke, wenig Diploë enthaltend. Die Carotis und Art. basilar. ziemlich stark atheromatös.

Sonstige pathologische Befunde: Lungen vielfach mit der Costalpleura verwachsen; beiderseits beginnende hypostatische Pneumonie. Starkes Atherom der Aorta.

Frische mikroskopische Untersuchung: Es finden sich in den Hinterseitensträngen des Rückenmarkes zahlreiche Körnchenzellen durch das ganze Rückenmark, besonders massenhaft im Brusttheil; die Hinterstränge enthalten sie nur spärlich. In den Vordersträngen sind sie nur im Halsmark an der Innenfläche vereinzelt nachweisbar. In den Pyramiden, in der vorderen Brückenabtheilung und im Hirnschenkelfuss sind sie ebenfalls vorhanden, oft recht zahlreich; im Hirnschenkelfuss im mittleren Drittel. In der inneren Kapsel sind sie in der hinteren Hälfte auch an einigen Stellen nachweisbar.

Nach der Erhärtung in Kali bichromicum zeigt das Rückenmark bei der Besichtigung mit dem blossen Auge keine hellere Verfärbung seiner Markstränge. Dagegen zeigt sich bei der mikroskopischen Untersuchung an durchsichtig gemachten Carminpräparaten eine Erkrankung der Hinterseitenstränge beiderseits, welche sich vom Beginn des Halsmarks bis hinab in das Lendenmark erstreckt, wo sie in der Gegend des 3.—4. Lendennerven ihr Ende findet. Sie entspricht den Pyramidenbahnen und nach ihrem Charakter den oben als chronische Myelitis bezeichneten und beschriebenen Veränderungen. Auch lässt sich in den Hintersträngen eine zusammenhängende Entartung dieser Art auf beiden Seiten nachweisen. Dieselbe hat im Halsmark fast ausschliesslich nur die der hinteren Längsspalte anliegenden Abschnitte ergriffen, im Brustmark ist sie auch zum Theil auf die äusseren Stranghälften übergegangen und erscheinen die mittleren Partien weniger geröthet als im Halsmark. Zwischen den erkrankten Stellen und der grauen Substanz lässt sich überall eine Schicht normalen Gewebes erkennen. Im Lendenmark beschränkt sich die Entartung wieder mehr auf die innere Hälfte. Sie verliert sich nach und nach im unteren Lendenmark.

XIII. S., verheir., Tischler, 64 Jahre alt, aufgenommen am 31. December 1877. Eine Mutter-Schwester war geisteskrank. Die Krankheit begann $2^1/_2$ Jahre vor seiner Aufnahme mit einer Reihe hypochondrischer Krankheitsgefühle, welchen bald motorische Lähmungserscheinungen nnd Grössenwahn und Plänesucht folgten. Patient erscheint bei seinem Eintritte als ein alter, decrepid aussehender Mann mit stark geschlängelten und rigiden Temporalarterien. Beide Pupillen eng, die linke enger. Der rechte Orbicularis ist stärker contrahirt als der linke, auch wenn er die Stirn verzieht, tritt dieser Unterschied deutlich hervor. Die linke Nasolabialfalte ist stärker ausgeprägt als die rechte. Die ausgestreckte Zunge zittert stark, anfangs weicht sie nach links ab, später hält sie mehr die Mittellinie ein.

Beim Sprechen trat auch Zittern der Lippen und Mundwinkel ein, sowie in den Armen und Beinen. Die ausgestreckten Finger zittern ebenfalls stark. Das Stehen mit geschlossenen Augen und Füssen geht ohne besonderes Schwanken; ebenso das Gehen. Neulich soll er beim Herabsteigen der Treppe gefallen sein. Die Sprache ist zuweilen anstossend.

Psychischer Seite besteht ausgesprochener Grössenwahn mit dem bekannten schwachsinnigen Inhalt; Mangel jedes Krankheitsgefühls und Gedächtnissschwäche.

Im weiteren Verlaufe trat die Sprachstörung immer deutlich hervor, ebenso blieb das Zittern im Gesicht und an den Extremitäten bestehen. Der Gang war wechselnd, zuweilen ziemlich sicher, dann etwas taumelig, nicht ataktisch, mehr nach vorn gebeugt. Beim Stehen mit Verschluss der Augen trat vielfach kein Schwanken ein, zuweilen nur anfangs etwas um später sicher zu stehen. Das Kniephänomen liess sich immer auf beiden Seiten deutlich nachweisen, das Fussphänomen ebenfalls, aber weniger stark.

Anfang Februar nahm die allgemeine Lähmung rasch überhand. Gehen und Stehen wurde unmöglich, die Sensibilität war herabgesetzt, dagegen die Hautreflexe von den Beinen aus gut erhalten, auch das Kniephänomen sehr stark vorhanden, während das Fussphänomen beiderseits weniger stark auszulösen war. Passiven Bewegungen der Beine und Arme setzte der überhaupt abweisende Kranke einen starken Widerstand entgegen. Ein neu hinzutretendes Symptom war eine linksseitige Ptosis. Unter subnormalen Temperaturen erfolgte das lethale Ende am 14. Februar 1878.

Section 18 Stunden später.

Gehirn: Gesammtgewicht desselben 1419 Gramm. Das Hirn sehr brüchig und weich, die Häute an der Basis durchsichtig und dünn; von den Hauptästen der Carotis beiderseits bis in die kleinsten Arterien fortgesetzt zeigt sich starke Atheromatose mit bedeutenden Caliberunterschieden; an der Convexität sind die Häute, namentlich längs der Hauptspalte, stark getrübt; im Ganzen ziehen sie sich leicht und ohne Substanzverlust ab, nur einzelne Windungen sind paralytisch zerpflückt. Die Ventrikel sind stark erweitert, namentlich das Hinterhorn und das absteigende Horn. Die Farbe ist im Ganzen eine blasse. Vorn im rechten Thalam. optic. findet sich ein zwei Centimeter langer mit gelbem Brei gefüllter Heerd, daneben ein kleinerer, ungefähr erbsengrosser; ebenso finden sich in der Brücke, links nahe der Raphe, in dem der Medulla benachbarten Theile zwei kleinere Heerde.

Rückenmark ist blass und von weicher Consistenz.

Sonstige pathologische Befunde: Starkes Atherom der Aorta. Geringe Insufficienz der Mitralklappen. Oedem der beiden unteren Lungenlappen. Leber mässig sklerotisch. Beiderseitige Schwellniere.

Bei der frischen mikroskopischen Untersuchung des Rücken-

marks finden sich in den beiden Hinterseitensträngen ziemlich zahlreiche Körnchenzellen bis hinab in's Lendenmark; nur vereinzelt in den Hintersträngen, auch in der inneren Hälfte der Vorderstränge finden sich im Halsmark hier und da Körnchenzellen in grösserer Menge.

Nach der Erhärtung in Kali bichromicum zeigen die Markstränge keine Verfärbung. Durchsichtige und mit Carmin gefärbte Querschnitte lassen nur in den Hinterseitensträngen entsprechend den Pyramidenbahnen bis hinab in das Lendenmark eine deutliche pathologische Veränderung erkennen, welche sich nach ihrem Charakter der bei der vorhergehenden Beobachtung beschriebenen Erkrankung derselben Markabschnitte anschliesst. In den Vordersträngen lässt sich eine solche nur spurenweise im oberen Halsmark an der inneren Fläche wahrnehmen, in den Hintersträngen erscheint das Mark normal.

XIV. B., 38 Jahre alt, verheir., Musikus. Der Vater war Trinker, ebenso der Kranke selbst. Die Krankheitsdauer vor der Aufnahme betrug vier Monate. Bei der Aufnahme am 29. Mai 1877 zeigte der gut genährte Kranke in psychischer Hinsicht einen hochgradigen Blödsinn, er konnte die einfachsten Fragen nicht beantworten, war mit Allem zufrieden und brachte echt paralytische Grössenideen vor; er wollte z. B. mit seinen 100 Kindern Concerte geben, womit er 100,000 Thaler verdiente. Zwischendurch trat die entgegengesetzte Stimmung ein, er weinte bitterlich über sein Hiersein. Die Gesichtszüge waren schlaff, rechts in stärkerem Grade ausgesprochen, die Pupillen beide eng, nicht besonders ungleich, die Zunge wurde nur unter Zittern herausgestreckt, die Sprache war stockend und anstossend. An den Händen bestand ein deutliches Zittern. Der Gang war schwerfällig, nicht besonders schwankend, auch fehlte das Romberg'sche Phänomen und konnte Patient ziemlich gut auf einem Beine stehen. Das Unterschenkelphänomen war beiderseitig sehr stark ausgeprägt, das Fussphänomen nur angedeutet, der weitere Verlauf war der einer classischen Paralyse.

Am 17. September 1877 heisst es im Journal: Am 15. d. M. zeigten die Gesichtshälften eine ungleiche Röthung, dieselbe erstreckte sich auf die ganze linke Backe und linke Stirnhälfte, welche bedeutend röther erschien, auch sich wärmer anfühlte, als die rechte. Die engen Pupillen zeigten keine bedeutende Differenz der Weite, die linke vielleicht etwas enger. Die Carotiden klopften nicht stärker als normal, Frequenz 72, anscheinend gleich stark auf beiden Seiten. Temperatur im linken Gehörgang 37,2, im rechten 36,8. Sehr ausgeprägtes Unterschenkelphänomen beiderseits, das betreffende Bein zeigt 4—6 Zuckungen hintereinander. Fussphänomen beiderseits angedeutet. Nadelstiche an verschiedenen Stellen des Körpers riefen keine Reflexzuckungen hervor. Zunge wurde grade herausgestreckt. Heute war keine Ungleichheit mehr vorhanden. Ist sehr taumelig, drängt planlos nach der Thüre. Beim Zu-

rückhalten macht er sich ganz steif in allen Gliedern, auch in den Armen bei passiven Bewegungen starke Starre. Onanirt viel. Appetit gut. Ganz blödsinnig.

Ferner heisst es im Journal unter'm 21. Juli 1879: Seit längerer Zeit zunehmender Blödsinn paretische Schwäche, konnte die letzte Zeit nicht mehr stehen und ohne Unterstützung sitzen. Seit acht Tagen zu Bett. Liegt sich an den Fersen, Waden und Zehen durch, auch an der inneren Fläche der Kniee Druckbrandstellen. Giebt keine Antwort, liegt meist nach der rechten Seite. Hat Zuckungen der Finger, welche beiderseits vorhanden sind und einen rythmischen Charakter tragen; besonders rechts am Daumen, wo dieselben eine Frequenz von 180 in der Minute zeigen. Starre beider Arme bei passiven Bewegungen, besonders links. Wenn man die Arme in die Höhe hebt, oder sticht, so treten häufig rythmische rasche Zuckungen der ganzen Extremität auf. Kniephänomen beiderseits sehr deutlich. Bei Nadelstichen wenig Schmerzempfindlichkeit; deutliche Reflexzuckungen. Auch an den Beinen starke Starre bei passiven Bewegungen. Fussphänomen ebenfalls beiderseitig sehr stark vorhanden.

Am 24. Juli erfolgte der Tod, dessen Ursache allein in die Erkrankung des Gehirns verlegt werden konnte.

Die Section fand 17 Stunden nach dem Tode statt.

Gehirn: Gesammtgewicht 1470 Gramm. Es schwimmt in einer reichlichen Menge seröser Flüssigkeit; Hydrops der Ventrikel und Häute, von dem es auch durchtränkt ist. Die Häute ziehen sich nur mit schweren Substanzverlusten ab, das Stirnhirn ist atrophisch und nach Abnahme der Pia sehr zerfressen. Sonstige Abnormitäten fehlen.

Rückenmark: Sehr starker Hydrops der Häute, ebenso des Centralcanals. Das Mark ist sehr weich und zerfliesslich.

Sonstige pathologische Befunde: Mässiges Atherom der Aorta. Die beiden unteren Lungenlappen stark ödematös. Handtellergrosser Sacraldecubitus.

Frische mikroskopische Untersuchung: In den Hintersträngen des Rückenmarkes finden sich keine Körnchenzellen, dagegen solche sehr massenhaft in den Hinterseitensträngen des Halsmarkes, weniger zahlreich im Brust- und Lendenmark, nicht in den Vordersträngen. Sehr zahlreich sind sie auch in den Pyramiden vorhanden, weiter oben nur vereinzelt.

Nach der Erhärtung in Kali bichromicum ist mit blossem Auge keine Verfärbung sichtbar, nur in der Gegend des achten Brustnerven tritt eine solche ganz isolirt und in eigenthümlicher Gestalt im rechten Hinterstrang auf. Sie liegt hier in der äusseren Hälfte des Hinterstranges in der Nähe der grauen Substanz, aber von derselben noch durch einen schmalen Streifen Marksubstanz getrennt, welcher die normale dunkelbraune Farbe zeigt. Eine breite Schicht gesunden Gewebes trennt sie von der hinteren Commissur. Sie hat die Form eines mit der Spitze nach der hinteren Peripherie gerichteten Ovals und erstreckt sich bis zum Austritt der Wurzel-

fasern aus dem Hinterhorn. Nach hinten und oben verliert sie sich immer spitzer werdend in der Höhe der 7. und 9. Brustnerven. Die hellere Verfärbung ist im Bereich der grössten Ausdehnung am stärksten am Rande ausgesprochen und nimmt allmälig nach der Mitte zu ab; weiter oben und unten sieht man nur einen helleren rundlichen Fleck in dem sonst normal erscheinenden Markstrang.

Nach der Färbung durch Carmin und Aufhellung in Nelkenöl zeigt sich nur in den Hinterseitensträngen eine Entartung, welche nach ihrem Charakter sich an den Fall der vorhergehenden Beobachtung anschliesst. Sie ist am stärksten im Halsmark ausgesprochen und streckt sich hinab bis in's Lendenmark. Die oben beschriebene Stelle im rechten Hinterstrang besteht zum grössten Theil aus einem welligen Bindegewebe. Sie hat eine starke rothe Farbe angenommen. Nervenfasern sind nur in der Mitte vereinzelt nachweisbar.

XV. A., 42 Jahre alt, verheir., Lehrer, aufgenommen am 11. Mai 1876. Der von einem trunksüchtigen Vater stammende Kranke huldigte selbst dem reichlichen Genuss schwerer Biere, gelegentlich auch des Weines und Schnapses und war von jeher zum Grossprahlen geneigt. Er erkrankte ein Jahr vor seiner Aufnahme.

Hier trat der wohlgenährte und sich kerngesund fühlende Patient mit einer entschieden optimistischen Stimmung ein, zeigte Mangel an Energie, Schwäche des Gedächtnisses und anfangs ausser schlaffen Gesichtszügen keine besonderen motorischen Lähmungserscheinungen. Erst Anfang August 1876 traten solche deutlicher hervor. Der Gang wurde unsicher, erschien schwerfällig, zeigte besonders beim Treppensteigen und Umdrehen einiges Schwanken. Beim Stehen mit geschlossenen Augen war kein besonderes Schwanken vorhanden, das Stehen auf einem Beine war möglich. Ein tabetischer Gang kam niemals zur Beobachtung. An den Händen war ein deutliches Zittern vorhanden, ein solches zeigten auch die Gesichtsmuskeln und die übrigens gerade herausgesteckte Zunge. Gesichtszüge schlaff, aber nicht ungleich, die Pupillen durchgehends eng, vielfach die rechte enger. Die Sprache wurde schleppend, später deutlich anstossend. Die Sensibilität zeigte keine besonderen Defecte. Die psychischen Erscheinungen waren entsprechend charakteristisch, so dass die Diagnose der Dementia paralytica ausser Zweifel stand. Die Krankheit machte langsame, aber entschiedene Fortschritte und kam es auch mehrfach zu kurz andauernden epileptiformen Anfällen, in welchen Zucken der Gesichtsmuskeln und Arme abwechselnd stärker auf der einen und der anderen Seite beobachtet wurde; auch liess sich dann hinterher immer sehr ausgesprochene Starre der Arme bei passiven Bewegungen nachweisen. Das Unterschenkelphänomen war beiderseitig dabei immer sehr deutlich und zwar erschien es stärker als vorher ausgeprägt, das Fussphänomen liess sich ebenfalls

auslösen, allerdings weniger stark. Der Tod erfolgte am 13. November 1877 in dem Zustande vollständiger Lähmung auf psychischem und motorischem Gebiete.

Section 35 Stunden nach dem Tode.

Gehirn: Gesammtgewicht desselben 1420 Gramm. Der Schädel dünn, enthält wenig Diploë, weit vorgeschrittene Verknöcherung sämmtlicher Nähte. Dura mater normal. Die Pia mater ist überall stark injicirt, ausserdem im Bereich des Stirnhirns und der Centralwindungen verdickt, getrübt, besonders über der ersten und zweiten Stirnwindung beiderseits. Sie lässt sich nur unter Substanzverlust vom convexen Gehirn besonders im Bereich der Trübung abziehen. Die Stirnwindungen erscheinen atrophirt, die Sulci klaffend. Die Hirnrinde ist besonders im Bereich der Trübung der Pia mater geröthet.

Stamm- und Kleinhirn auf Durchschnitten blutreich, sonst normal.

Rückenmark: Beim Herausnehmen desselben entleerte sich ziemlich viel seröse Flüssigkeit. Das Rückenmark ist auf dem Durchschnitte sehr weich, quillt über, stellenweise sehr gefässreich. Die Pia mater des Rückenmarkes zeigt auf der Hinterfläche am unteren Ende des Halsmarkes beginnend und von da an bis an die Lendenanschwellung reichend ein mässiges weissliches Exsudat.

Sonstige pathologische Befunde: In beiden Pleurahöhlen etwas röthlich gefärbte Flüssigkeit, in den unteren Lappen beiderseits starke Blutfülle. Fettige Entartung der Leber.

Frische mikroskopische Untersuchung: Dieselbe weist nur in beiden Hinterseitensträngen in der ganzen Ausdehnung des Rückenmarkes zahlreiche Körnchenzellen nach; in den übrigen Strängen sind sie nur vereinzelt vorhanden.

Das in Kali bichromicum gehärtete Rückenmark zeigt keine makroskopische Verfärbung. Die mikroskopische Untersuchung durchsichtiger mit Carmin behandelter Querschnitte zeigt nur in den beiden Hinterseitensträngen ein Ergriffensein der den Pyramidenbahnen entsprechenden Markpartien, welche sich vom Beginn des Halsmarkes bis hinab in das Lendenmark erstreckt und auf beiden Seiten gleich stark auftritt und wie bei den vorhergehenden Beobachtungen den Charakter der chronischen Myelitis darbietet.

XVI. M., 39 Jahre alt, Schiffsbautechniker, ledig, ohne erbliche Anlage, soll ziemlich viel getrunken, auch geschlechtlich ausgeschweift haben, ausserdem musste er seit mehreren Jahren anhaltend in einem über dem Maschinenraume befindlichen, sehr warmen Zimmer arbeiten. Die Erkrankung begann etwa ein Jahr vor seiner Aufnahme am 30. December 1878 und zeigte den gewöhnlichen paralytischen Verlauf. Der mässig genährte Kranke, welcher eine gelbliche Gesichtsfarbe zeigte, bot anfangs einen regelmässigen Wechsel zwischen 24stündiger Erregung und ebenso langen ru-

higem Verhalten. In der erregten Periode war auch der Puls unregelmässig und aussetzend, Fiebertemperaturen wurden nicht beobachtet, auch fehlten Frost und Milzvergrösserung. Chinin zeigte keinen wesentlichen Einfluss. Nach und nach verwischte sich der Typus und ging nach etwa drei Wochen in eine gleichförmige Stimmung mit den Symptomen der classischen Paralyse über.

Von Anfang an waren auch eine Reihe ausgesprochener körperlicher Lähmungserscheinungen vorhanden. Die linke Pupille war weiter, die Sprache sehr anstossend, später ganz unverständlich, die linke Gesichtshälfte deutlich gelähmt, die Zunge wurde zwar gerade herausgesteckt, zitterte aber stark. An den Armen kam ebenfalls ein starkes Zittern zur Beobachtung. Der Gang zeigte anfangs keine besondere Unsicherheit, war nur etwas schwerfällig; kein Schwanken bei geschlossenen Augen. Das Kniephänomen war auf beiden Seiten sehr stark vorhanden, auch das Fussphänomen auslösbar.

In der letzten Zeit nahm die allgemeine Lähmung nach jeder Richtung zu, der Kranke konnte schliesslich nicht mehr gehen, stehen und sitzen. In den Armen war Starre bei passiven Bewegungen vorhanden, auch traten häufig Zitterkrämpfe in denselben auf. Das Kniephänomen und Fussphänomen waren beiderseits sehr deutlich vorhanden.

Tod am 23. Januar 1880.

Section 8 Stunden nach demselben.

Gehirn: Schädeldach dick und schwer, mit wenig Diploë, Gefässfurchen breit. Gesammtgewicht desselben 1410 Gramm. An der Basis zeigen die weichen Häute nur im Bereiche der Fossa Sylvii besonders rechts eine weissliche Trübung. Auf der Convexität befindet sich eine sehr starke Trübung der Pia mater über beiden Centralwindungen, dann über dem Stirnhirn, vorzüglich an der ersten und zweiten Stirnwindung; sie erstreckt sich nach hinten über das obere Scheitelläppchen und unten über die erste Schläfenwindung. Besonders stark ist sie rechts vorhanden.

Am Hinterhauptshirn ist nur andeutungsweise eine Trübung nachweisbar. Beim Abziehen bietet besonders die rechte Hälfte an den entsprechenden Theilen Schwierigkeiten; es entstehen grosse Substanzverluste und bieten die Windungen ein zernagtes Aussehen. (Links ist dies in geringerem Grade vorhanden.) Ebenso ist es stärker an der rechten Insel und dem rechten Klappdeckel ausgeprägt; doch sind auch die entsprechenden Stellen links nicht frei.

In den Ventrikeln ist eine starke Ansammlung von Flüssigkeit vorhanden. (An der Dura mater ist links, etwa der Mitte entsprechend, ein über thalergrosses Hämatom vorhanden.)

Die Rindenoberfläche erscheint den getrübten Stellen der Pia entsprechend mehr rosig gefärbt; auf dem Durchschnitt zeigt sich die graue Substanz mehr geröthet, besonders der innersten Schicht; doch ist auch die Marksubstanz blutreich (und zeigt viele grosse klaffende Gefässquerschnitte.

Auch das Stammhirn macht einen sehr blutreichen Eindruck, ausserdem erscheint die rechte Seite etwas kleiner als die linke.

Das Ependym der Ventrikel zeigt keine besonderen Granulationen. Kleinhirn sieht normal aus.

Rückenmark: Dura mater macht einen normalen Eindruck. Die Pia mater zeigt auf ihrer Hinterfläche längs des mittleren Dorsalmarkes ein grauliches Exsudat. Die Marksubstanz ist weich, quillt auf dem Durchschnitt über, die Figur der grauen Substanz zeichnet sich wenig ab. An den Marksträngen ist eine Verfärbung nicht nachweisbar.

Sonstige pathologische Befunde: Atherom der rechten Coronararterie und der Aorta. Beide Lungen sind blutreich und ödematös.

Frische mikroskopische Untersuchung: Im Rückenmark finden sich besonders in den Hinterseitensträngen Körnchenzellen in ziemlich zahlreicher Menge, sowohl an den Gefässen, als auch frei im Gewebe. Sie erscheinen zahlreicher auf der linken Seite. Nur vereinzelt sind sie in den Hintersträngen nachweisbar; ebenso selten im Halsmark in den Vordersträngen. In den Pyramidenbahnen lässt sich eine continuirliche Körnchenzellen-Degeneration nicht nachweisen, sie treten hier selten und meistens an den Gefässen auf.

An dem in Kali bichromicum gehärteten Rückenmark lässt sich mit blossem Auge eine heller gefärbte Stelle der Hinterseitenstränge beiderseits erkennen, welche nach ihrer Lage den Pyramidenbahnen entspricht und die am deutlichsten im Brustmark ausgeprägt ist, während sie im Halsmark besonders in den oberen Abschnitten keine scharfe Grenze zeigt und mit dem Beginn des Lendentheils sehr bald verschwindet. An den Vorder- und Hintersträngen lässt sich nirgends eine besondere Verfärbung erkennen.

Die mikroskopische Untersuchung an Querschnitten, welche mit Carmin gefärbt und aufgehellt wurden, zeigt an den makroskopisch verfärbt erscheinenden Stellen die Verhältnisse einer chronischen Myelitis.

XVII. W., 38 Jahre alt, verheir., Klempner. Aetiologie dunkel, vielleicht Beschäftigung in einer dunstigen und engen Werkstatt. Ausseranstaltliche Krankheitsdauer drei Monate.

Der Kranke kommt am 17. Januar hier in grosser Erregung an, er ist wenig besinnlich und bringt verworrene Grössenideen vor, spricht von Strousberg und Millionen. Die Zunge wird unter starkem Zittern und Zurückziehen herausgesteckt, die Sprache ist anstossend, oft nur schwer verständlich. Pupillen eng, nicht besonders ungleich. Die Bewegungen der Arme sind sehr unsicher. Der Patient liegt meist auf dem Boden, wälzt sich umher; beim Versuch, ihn aufzustellen, macht er die Beine steif, schiebt sie nach vorn und fällt losgelassen zur Erde. Später konnte er einige Schritte unter starkem Taumeln nach vorn und immer rascher werdend gehen. Er hat immer starke Starre in den Beinen, auch in den Armen bei

passiven Bewegungen, trotzdem lassen sich wiederholt an den Beinen das Kniephänomen beiderseits sehr stark auslösen, auch das Fussphänomen ist deutlich vorhanden, ebenso lassen sich an beiden Armen Contractionen verschiedener Muskeln durch Klopfen auf Sehne oder Muskelbauch hervorrufen. Die Reflexerregbarkeit der Haut von Seiten der Beine ist gesteigert, auch besteht lebhafte Schmerzäusserung. Dieses Krankheitsbild blieb ohne wesentliche Veränderung bis zum Tode bestehen, welcher am 13. Februar an Pneumonie erfolgte.

Section 25 Stunden nach dem Tode.

Gehirn: Gesammtgewicht 1610 Gramm. An der Convexität mässige Trübung der weichen Häute. Pia lässt sich gut abziehen. Die corticale Substanz etwas granulirt, besonders über dem Stirnhirn beiderseits. Die absteigenden Hörner der Seitenventrikel erweitert. Mässiger Hydrocephalus. Hirn etwas blutreich, sonst nichts Besonderes. Die graue Substanz in der Brücke mehr geröthet.

Rückenmark: Nichts Besonderes zu sehen, quillt etwas über auf dem Durchschnitt.

Sonstige pathologische Befunde: Der untere Lungenlappen links befindet sich in dem Zustande grauer Hepatisation, der rechte untere in dem der rothen. Atherom der Aorta und Coronararterien. Linke Schwellniere.

Frische mikroskopische Untersuchung: Im Rückenmark finden sich in den Hinterseitensträngen beiderseits massenhafte Körnchenzellen bis hinab in das Lendenmark, im Brustmark am stärksten; mehr im Gewebe. In den Vordersträngen finden sich beiderseits Körnchenzellen an der Innenfläche im Halsmark und im oberen Viertel des Brustmarks. Sonst sind die übrigen Stränge frei davon.

Zahlreiche Körnchenzellen finden sich auch in den Pyramidenbahnen in der vorderen Brückenabtheilung, Hirnschenkelfuss, besonders in den zwei äusseren Dritteln und in der inneren Kapsel beiderseits hinten, am meisten in den drei äusseren Vierteln.

Das in Kali bichromicum gehärtete Rückenmark zeigt makroskopisch nur in den beiden Hinterseitensträngen eine vom oberen Halsmark bis hinab in die Lendenanschwellung reichende hellere Partie, wie sie schon mehrfach als Pyramidenbahn beschrieben wurde. An den Vorder- und Hintersträngen zeigt der Markmantel überall ein gleichmässig dunkelbraunes Aussehen.

Die verfärbten Abschnitte der Hinterstränge zeigen nach Behandlung mit Carmin und Nelkenöl bei der mikroskopischen Untersuchung dieselben Verhältnisse, wie bei den Kranken der vorhergehenden Untersuchungen.

XVIII. K., verheirathet, Arbeitsmann, 37 Jahre alt, aufgenommen am 14. October 1878. Keine erbliche Anlage, auch sonst Aetiologie dunkel;

Die Erkrankung soll seit zwei Jahren bestehen. Hier kam der Kranke in dem Zustande eines hochgradigen Blödsinns an. Das Gedächtniss ist fast ganz erloschen, auf Fragen erfolgt für gewöhnlich keine Antwort, ein stupides Lächeln ist in der Regel die einzige Aeusserung geistigen Lebens. Die Sprache ist deutlich anstossend, die Zunge weicht nicht von der geraden Linie ab, zeigt aber ein starkes stossweises Zittern. Die Pupillen sind mittelweit, die linke weiter. Der Gang ist unbeholfen und etwas taumelig, zuweilen steif, ausserdem durch das häufige Zittern der Beine gestört. Ueberhaupt besteht ein starker Tremor aller Extremitäten, oft auch im Sitzen, so dass der Kranke gefüttert werden musste. Die Störung tritt z. B. an den Händen, besonders bei intendirten Bewegungen auf; wenn er dieselben ruhig hinlegt, was er auf Befehl ausführt, ist das Zittern nur sehr gering wahrnehmbar. Zuweilen zitterte der rechte Arm stärker. In den Armen und Beinen ist bei passiven Bewegungen ein starker Widerstand ausgeprägt. Die Sensibilität lässt sich bei dem blödsinnigen Verhalten des Kranken nicht genauer untersuchen, doch äusserte er bei Nadelstichen in den Beinen und Füssen Empfindlichkeit. Die Reflexerregbarkeit von der Haut aus gut vorhanden. Das Kniephänomen ist beiderseits sehr stark vorhanden, oft in Form eines Klonus, das Fussphänomen ebenfalls stark auf beiden Seiten. Der Appetit gut. Incontinentia urinae et alvi. In der Folgezeit zeigte die Parese der Beine einen wechselnden Charakter; zu Zeiten war nur ein Kriechen auf Händen und Füssen möglich, aufgerichtet fiel der Kranke sofort zu Boden, meist nach vorn, zu anderen Zeiten konnte er allein durch das Zimmer gehen, allerdings mit starkem Abweichen von der geraden Linie; ein Schleudern und Stampfen der Füsse trat nicht hervor. Der Versuch mit geschlossenen Augen zu stehen, war nicht von ihm zu erlangen. Die Unsicherheit der Hände und das Zittern derselben zeigten ebenfalls einen wechselnden Charakter. Die Erscheinungen von Seiten der Patellar- und Achillessehne aus, liessen sich immer in der bereits angeführten Weise nachweisen. Die elektrische Prüfung der Nerven und Muskeln an Armen und Beinen ergab für den constanten und inducirten Strom normale Erregbarkeit. Paralytische Anfälle kamen hier nicht zur Beobachtung. Zu Haus traten solche drei mal auf. Sie bestanden in plötzlicher Bewusstlosigkeit mit Umfallen und nachfolgender lähmungsartiger Schwäche des rechten Armes, meistens lag er sechs bis acht Tage im Bett.

Am 19. December erfolgte der Tod an Phthisis pulmonum.

Section fand 18½ Stunden nach demselben statt.

Gehirn: Schädeldach dick, mit wenig Diploë. Dura mater des Gehirns von normalem Aussehen. Am grossen Gehirn zeigt die Pia mater im Bereich des Stirn-, Scheitel- und zum Theil auch des Schläfenhirns ein weissliches trübes und sulziges Aussehen, am Hinterhirn ist sie gefässreich, aber wenig getrübt. Das Gehirn macht in seinen vorderen Partien einen atrophischen Eindruck. An den getrübten Stellen lässt sich die Pia mater

zur unter Substanzverlust, und zwar oft einer ganzen Windung, abziehen. Auf Durchschnitten ist die Rinde und das Mark des Stirn- und vorderen Schläfenhirns sehr hyperämisch und von sehr rothem Aussehen, eine Veränderung, welche nach hinten zusehends abnimmt. Sonst bietet der Grosshirnmantel nirgends Abnormitäten, ebenso wenig Stamm- und Kleinhirn ausser starken Ependymgranulationen sämmtlicher Ventrikel, die ausserdem ziemliches Serum enthalten und deren Hinter- und Unterhörner sehr weit sind.

Rückenmark: Die Dura mater desselben zeigt auf der Innenfläche stellenweise eine starke Röthung und ist mehrfach durch Exsudatmassen mit der Pia verklebt. Auf der hinteren Fläche der Pia mater befindet sich längs der unteren Hälfte des Halsmarkes und des oberen Drittels des Dorsalmarkes ein röthliches, ziemlich dickes Exsudat; das mittlere Drittel des Brustmarkes ist frei davon; dagegen tritt es in starkem Grade wieder an dem unteren Drittel des Dorsalmarkes auf und erstreckt sich von hier aus bis an das Ende des Spinalrohres. Im Bereich des Brustmarkes hüllt es zum Theil die hinteren Wurzeln ein.

Die vorderen Wurzeln der sechs oberen Halsnerven sind auffallend dünn, besonders an den vier oberen, wo sie kaum die Dicke eines Seidenfadens haben. Das Rückenmark zeigt im oberen Halsmark eine feste Consistenz, während es an den dem Exsudate des unteren Brustmarkes entsprechenden Stellen mehr weich und gefässreicher erscheint. Die graue Substanz erscheint wenig scharf abgegrenzt; in der weissen Substanz der Hinterseitenstränge sind hie und da grauliche Streifen sichtbar; grössere verfärbte Stellen sind makroskopisch nicht wahrnehmbar.

Sonstige pathologische Befunde: Beide Lungen durch dicke Pleuraschwarten mit der Thoraxwand verwachsen. Die rechte Lunge zeigt in ihrer ganzen Ausdehnung den Zustand einer chronischen Bronchitis mit theilweisem käsigem Zerfall des Gewebes, Cavernenbildung und grösseren cirrhotischen Partien. Die linke Lunge zeigt diese Veränderungen nur im oberen Lappen und weniger stark ausgeprägt. Die Leber ist sehr gross und fettig entartet.

Die frische Untersuchung des Rückenmarkes ergiebt reichliche Körnchenzellen in beiden Hinterseitensträngen, besonders massenhaft im Brustmark. Nur vereinzelt sind sie in den Hintersträngen vorhanden; ebenso in den Vordersträngen im Halsmark. Die Erkrankung der Hinterseitenstränge lässt sich bis in's Lendenmark verfolgen. Weiter oben sind sie an einzelnen Stellen in den Pyramiden der vorderen Brückenabtheilung und Hirnschenkelfuss zu finden, wenig in der inneren Kapsel.

An dem durch Kali bichromicum gehärtetem Rückenmark sieht man makroskopisch im Halsmark noch keine Verfärbung der Markstränge, erst in der Gegend des 6. Halsnerven nehmen die Hinterstränge eine hellere Färbung an, doch kommt es erst im oberen Theil des Brustmarkes zu einer sichtbaren Umgrenzung und zwar am deutlichsten im

rechten Hinterseitenstrang. Hier sieht man von der hinteren Peripherie aus eine keilförmige, gelbliche, zum Theil von weisslichen Streifen und Punkten durchsetzte Partie sich nach vorn und innen in den Hinterseitenstrang hinein erstrecken, welche ganz den Pyramidenbahnen *Flechsig's* entspricht. Sie ist am deutlichsten im unteren Brustmark ausgeprägt, mit dem Beginn des Lendenmarkes lässt sie etwas ab, in der Mitte der Lendenanschwellung ist sie noch eben erkennbar, dann verschwindet sie. Links ist der Hinterseitenstrang in ähnlicher Weise ergriffen, aber durchgängig in schwächerem Grade als rechts.

Bei der mikroskopischen Untersuchung durchsichtig gemachter und gefärbter Querschnitte entspricht den makroskopisch als entartet erscheinenden Partien eine stärkere Röthung und ein pathologischer Befund, wie er bereits als chronische Myelitis bezeichnet wurde. Dieser Process findet sich aber auch im Halsmark in den Hinterseitensträngen an den dem Verlaufe der Pyramidenbahnen entsprechenden Stellen, welche makroskopisch, wie bereits erwähnt, nach der Erhärtung in Kali bichromicum keine Verfärbung gezeigt hatten. Die Vorder- und Hinterstränge zeigen überall normale Verhältnisse.

XIX. W., 41 Jahre alt, Tagelöhnersfrau. Aetiologie dunkel. Sie erkrankte ein Jahr vor ihrer Aufnahme am 3. April 1877.

Hier zeigte sie eine ausgesprochene psychische Schwäche, welche sich besonders in Gedankenlosigkeit, Willensschwäche und raschem Stimmungswechsel äusserte. Sie brachte die bekannten weiblichen Grössenideen von schönen Kleidern, vielen Kindern etc. vor. Die Sprache war anstossend, die Pupillen eng und wechselnd ungleich, beim Sprechen trat ein starkes Zittern der Gesichtsmuskeln auf, auch die gerade herausgestreckte Zunge zitterte stark. An den Händen war ebenfalls ein Zittern zu bemerken. Der Gang zeigte ausser etwas Schwerfälligkeit keine besondere Störung. Beim Stehen mit geschlossenen Augen schwankte sie nicht besonders. Das Kniephänomen war beiderseitig vorhanden. Am 3. September 1877 wurde sie ungeheilt entlassen. Am 23. Mai 1879 wieder aufgenommen, zeigte sie einen hochgradigen Blödsinn und kaum noch verständliche Sprache. Sie kann nicht mehr allein gehen, auch nicht ohne Unterstützung stehen, hängt nach der linken Seite und fällt auch beim Sitzen oft nach dieser Seite von der Bank. Die Unsicherheit der Hand ist so gross, dass sie gefüttert werden muss. An den Armen ist bei passiven Bewegungen Starre vorhanden, häufig treten Zitterkrämpfe darin auf. Das Kniephänomen ist beiderseits stark vorhanden, das Fussphänomen nur in Spuren. Bei Nadelstichen an den Beinen treten deutliche Reflexzuckungen auf; auch wird dabei Schmerz geäussert.

Der Tod erfolgte am 23. Juni 1879 an Pneumonie.

Section erfolgte 7 Stunden später.

Gehirn: Gesammtgewicht desselben 1190 Gramm. Schädeldach dick,

wenig Diploë enthaltend. Dura mater ohne Hämatome. Pia mater der Convexität beiderseits getrübt von weisslich sehnigem Aussehen, am meisten im Bereich des Hinterhaupthirns; dabei dick und leicht absiehbar. Die Windungen sind wenig entwickelt, im Bereich des Vorderhirnes wenig atrophisch. Die Insel hat links fünf Windungen, rechts vier. Auf Durchschnitten zeigt das Gehirn nirgends eine besondere Gefässfüllung, auch sonst nichts Abnormes.

Stammhirn, Kleinhirn und Medulla oblong. normal.

Rückenmark: An der Hinterfläche der Pia mater befindet sich ein starkes Exsudat von weisslich-gelber, zum Theil röthlicher Farbe. Dasselbe nimmt das ganze Halsmark ein und reicht hinab bis zum unteren Drittel des Brustmarkes, dann folgt eine freie Stelle und hierauf wieder ein Ergriffensein des Lendenmarkes. Am stärksten ist es ausgesprochen im unteren Hals- und oberen Brustmark.

Das Rückenmark ist auf dem Durchschnitt fest, im Halsmark injicirt aussehend, ohne eine deutliche Verfärbung eines Stranges. In den übrigen Theilen erscheint die Marksubstanz weisser.

Sonstige pathologische Befunde: Beide untere Lungenlappen im Zustande hypostatischer Pneumonie, obere hyperämisch, mehrere keilförmige Blutergüsse gegen die Oberfläche zu. Herz stark verfettet, besonders an der Basis des linken Ventrikels. Leber verfettet. In den Nierenbecken beiderseits Eiter enthalten.

Frische mikroskopische Untersuchung: In den Hintersträngen sind Körnchenzellen nur vereinzelt vorhanden. Die Hinterseitenstränge zeigen solche zahlreich im Halsmark, weiter unten seltener. In den Pyramiden und weiter oben sind sie ebenfalls nur selten vorhanden.

Nach der Erhärtung in Kali bichromicum ist in keinem Markstrange des Rückenmarks eine Verfärbung sichtbar. Die mikroskopische Untersuchung in Carmin gefärbter aufgehellter Querschnitte zeigt nur im Hals- und oberen Brustmark in den Hinterseitensträngen eine Verbreiterung der Zwischensubstanz, wie sie schon mehrfach beschrieben worden ist. Die Lage dieser degenerirten Stellen entspricht den Pyramidenbahnen.

Für die Mehrheit der im Vorhergehenden mitgetheilten 19 Beobachtungen erscheint die Berechtigung, dieselben unter das Krankheitsbild der Dementia paralytica, allgemeine progressive Paralyse der Autoren einzureihen, gewiss nicht zweifelhaft, da es sich bei denselben um die klassische Form dieser Psychose handelt. Wir haben es in mehr weniger starkem Grade bei ihnen mit den Erscheinungen der fortschreitenden Schwäche auf geistigem und motorischem Gebiete zu thun, ferner zeigt die Sprache die charakteristische Störung, die Pupillen sind fast bei allen Fällen betheiligt und ebenso wer-

den bei den meisten paralytische Anfälle beobachtet. Auch die Befunde im Gehirn und Rückenmark sprechen für die Richtigkeit der Diagnose. Bedenken gegen die Annahme einer Dementia paralytica könnte man wohl nur bei dem Kranken der dritten Beobachtung haben. Bei demselben war in Folge des tiefen Blödsinns und wegen des nur wenige Tage nach der Aufnahme erfolgten Todes die Beobachtung eine schwierige und lückenhafte und war es besonders nicht möglich die charakteristischen Erscheinungen der Sprache, der Gesichtsmuskeln und der Pupillen nachzuweisen. Ziehen wir indessen in Betracht, dass schon zwei Jahre vor der Aufnahme sich eine Geistesstörung unter dem Bilde des Grössenwahnes und der Gedächtnissschwäche mit schliesslichem Uebergang in Blödsinn an eine tabetische Erkrankung anschloss und berücksichtigen wir ausserdem die Ergebnisse der Obduction, welche neben der Degeneration des Rückenmarks das Bestehen einer chronischen diffusen Meningo-Encephalitis besonders im Bereich des Vorderhirns nachwiesen, so werden wir wohl auch diesen Fall zur Paralyse zählen können und wird es sich einfach um eine Tabes dorsalis handeln, welche schliesslich in paralytische Geistesstörung überging, Beobachtungen, wie sie ja bekanntlich mehrfach, so von *Westphal*, mitgetheilt worden sind.

Gehe ich nun zur Verwerthung meines Materials über, wobei der Einfachheit wegen vor der Hand nur das Verhalten des Kniephänomens berücksichtigt werden soll, so will ich zunächst die Bemerkung vorausschicken, dass ich nicht beabsichtige, Untersuchungen über das eigentliche Wesen der in Rede stehenden Erscheinungen anzustellen. Ich lasse es daher dahin gestellt sein, ob wir es mit einem Reflexvorgang oder mit einer directen Muskelreizung zu thun haben. Mir ist es nur um die praktischen Ergebnisse unserer Phänomene zu thun. Beiläufig scheinen mir die bis jetzt vorliegenden Thatsachen mehr für einen Reflexvorgang zu sprechen.

Von vornherein dürfte sich vielleicht ein Zweifel erheben, ob ein solcher Versuch zulässig erscheint und brauchbare Resultate verspricht. Ich habe hier besonders die von *Berger* im Centralblatte für Nervenheilkunde etc. 1879 No. 4 mitgetheilten Beobachtungen im Auge, wonach derselbe bei 1409 von

ihm untersuchten gesunden Personen in 22 Fällen (1,56 Procent) ein constantes Fehlen des Unterschenkelphänomens beobachtete. Vielleicht handelt es sich hierbei um functionelle Vorgänge resp. Störungen im normalen Verlauf des Reflexvorganges. So untersuchte *Muhr* zwei Gesunde, welche das Kniephänomen deutlich gaben nach erschöpfenden Debauchen und fand es durch zwölf Stunden fehlen. Beiläufig habe ich auf diese Angabe hin eine Reihe von starken Onanisten auf das Kniephänomen geprüft, zum Theil nach unmittelbar vorhergegangener Onanie, doch konnte ich kein Fehlen desselben bei ihnen nachweisen, zum Theil war es recht deutlich vorhanden. Bei der acuten aufsteigenden Paralyse, bei welcher die Untersuchung des Rückenmarks bis jetzt noch keine abnorme Verhältnisse nachweisen konnte, ist übrigens auch von *Westphal* und *Kahler–Pick* das Fehlen der Sehnenphänomen beobachtet worden. Auch ich konnte vor einiger Zeit bei einem geisteskranken Manne, der sonst sich körperlich wohl befand und besonders kein Zeichen von Rückenmarksstörung zeigte, das Kniephänomen bei wiederholter Untersuchung nicht nachweisen. Wenn wir uns indessen vorläufig nur auf die Beantwortung der Frage beschränken, wie verhielten sich die in Rede stehenden Erscheinungen bei Fällen von Paralyse in psychiatrischem Sinn mit wirklicher durch Section und mikroskopischer Untersuchung nachgewiesener Erkrankung des Rückenmarks, so wird die Benutzung meiner Beobachtungen gewiss gerechtfertigt sein. Es handelt sich dann hauptsächlich darum zu ermitteln, bei welchen Erkrankungen des Spinalrohrs ist das Phänomen noch vorhanden und bei welchen ist es dieses nicht.

Die Ansicht *Westphal*'s, wonach das Kniephänomen in allen ausgesprochenen Fällen von Tabes vollkommen fehlt, bei welchen sich die Erkrankung der Hinterstränge nachgewiesenermaassen bis in das Lendenmark erstreckt, findet sich auch bei unseren paralytischen Geisteskranken bestätigt. Es betrifft die Kranken der drei ersten Beobachtungen, sämmtlich männlichen Geschlechts. Von weiblichen Paralysen ist mir eine solche mit entsprechender grauer Entartung der Hinterstränge hier noch nicht vorgekommen, dagegen habe ich bei einer an Melancholie erkrank-

ten Frau mit ausgesprochenen tabetischen Erscheinungen, bei welcher die Untersuchung des Rückenmarks eine Sklerose der Hinterstränge bis hinab in das Lendenmark ergab, ebenfalls während des Lebens das Fehlen des Unterschenkelphänomens constatiren können. Bei der ersten und zweiten Beobachtung liess sich während des Aufenthalts in der Anstalt das klinische Bild der Tabes mit Sicherheit feststellen. Beide zeigten deutliche Coordinationsstörungen des Ganges, im ersten Falle auch solche an den oberen Extremitäten, weiter Schwanken beim Stehen mit geschlossenen Augen bis zum Umfallen, ausgeprägte Sensibilitätsstörungen sowohl subjectiver als objectiver Natur und Zeichen von Blasenlähmung. Im zweiten Falle bestand ausserdem Amblyopie bedingt durch Atrophie der Papille. Bei dem Kranken der dritten Beobachtung war die Untersuchung allerdings eine schwierige nnd liess sich besonders bei seinem blödsinnigen Verhalten keine genaue Prüfung der Sensibilität anstellen. Indessen erschien die Schmerzhaftigkeit gegen Nadelstiche doch herabgesetzt, beim Gehen mit Unterstützung war ein Schleudern der Beine wahrnehmbar, auch liess sich das *Romberg*'sche Phänomen nachweisen und wurde ebenfalls Incontinentia urinae beobachtet. Alles dies zusammengehalten mit der bereits vor der Aufnahme gestellten Diagnose und dem charakteristischen Sectionsbefund im Rückenmark lässt gewiss auch hier die Annahme einer Tabes dorsalis als unzweifelhaft erscheinen.

Was die histologischen Details der Erkrankung in den Hintersträngen betrifft, so zeigte dieselbe bei der ersten und zweiten Beobachtung einen ausgesprochenen sklerotischen bindegewebigen Charakter, indem an Stelle der normalen Substanz ein in breiten Plaques auftretendes, streifiges und durch Carmin intensiv roth gefärbtes Gewebe getreten war, in welchem Nervenfasern nur vereinzelt wahrzunehmen waren. Bei dem zweiten Falle zeigten die Plaques allerdings nur ein körniges Aussehen und liessen sich auch bei demselben durch die frische mikroskopische Untersuchung von Zupfpräparaten das Vorhandensein zahlreicher Körnchenzellen nachweisen, während bei der zweiten und dritten Beobachtung in dem zähen Gewebe der Hinterstränge nur vereinzelt Körnchenzellen, dagegen

zahlreiche Corpora amylacea sichtbar waren; dagegen war der Schwund der Nervenfasern ein ebenso hochgradiger, wie bei Fall I. und II. Die Erkrankung war im Allgemeinen am stärksten im Brustmark, besonders unten und im Lendenmark ausgeprägt. Bei dem ersten Fall war das Lendenmark auf dem gesammten Querschnitte davon ergriffen, der zweite und dritte zeigten dort für die unmittelbar an die graue Substanz und die hintere Längsspalte angrenzenden Markpartien einen geringeren Grad der Degeneration.

Bemerkenswerth erscheint der Kranke der ersten Beobachtung. Bei demselben war neben einer die Hinterstränge in ihrer ganzen Länge durchsetzenden grauen Entartung gleichzeitig das Bestehen einer ähnlichen Affection der Hinterseitenstränge, aber in weniger weit vorgeschrittenem Grade und nur im Halsmark und im oberen Drittel des Dorsaltheils nachgewiesen worden. Dieselbe entsprach im Wesentlichen den von *Flechsig* für seine Pyramiden- und Kleinhirn-Seitenstrangbahnen in Anspruch genommenen Markpartien, indem die Degeneration bis an die Peripherie heran reichte, dagegen die der grauen Substanz anliegenden Abschnitte frei liess.

Ich bin geneigt, diese Affection in Bezug auf ihren pathologischen Charakter und ihre Entstehung mit der grauen Degeneration der Hinterstränge in Verbindung zu bringen, sie nicht als gleichwerthig mit der Erkrankung der Hinterseitenstränge zu betrachten, welche wir nicht selten bei paralytischen Kranken mit und ohne Betheiligung der Hinterstränge auftreten sehen. Gegen die letztere Annahme sprechen einmal der sklerotische, mit dem Process in den Hintersträngen übereinstimmende Charakter der Entartung und der Umstand, dass sich im Hals- und oberen Brustmark wenigstens durch die frische mikroskopische Untersuchung von Zupfpräparaten ein Zusammenhang der Affection der Seitenstränge mit derjenigen der Hinterstränge nachweisen liess. Bei den zahlreichen sonst von mir untersuchten Rückenmarken paralytischer Geisteskranker zeichnete sich die Degeneration der Seitenstränge immer durch einen ausserordentlichen Reichthum von Körnchenzellen aus, entsprach also mehr der von *Westphal* als chronische Myelitis bezeichneten Affection, ein Verhalten, welches nach meiner Li-

teraturkenntniss bei der Paralyse die Regel zu bilden scheint und seinerzeit auch von *Westphal* in seinem bekannten Aufsatze im I. Band des Arch. f. Psychiat. beschrieben wurde. Ausserdem reicht die gewöhnliche paralytische Entartung der Seitenstränge, soweit meine Erfahrungen reichen, fast ausnahmslos bis in das Lendenmark hinab, während bei unserem Falle dieselben sich in deutlicher Weise nur bis in das obere Drittel des Brusttheils verfolgen lässt. Weiter waren neben den als Pyramidenseitenstrangbahnen zu betrachtenden Markabschnitten auch diejenigen ergriffen, welche den Kleinhirnseitenstrangbahnen entsprechen, ein Verhalten, wie es mir von der Dementia paralytica nicht bekannt ist. Auch der Umstand, dass die Pyramiden der Medulla oblongata sich fast ganz frei erwiesen, kann hier mit angeführt werden. Alle diese Gründe sprechen auch gegen die Annahme eines Zusammenhanges der stärkeren Erkrankung des rechten Hinterseitenstranges mit der Affection der linken Insel, falls man überhaupt geneigt wäre, diese Möglichkeit in's Auge zu fassen. Hier kommt ausserdem noch das doppelseitige Auftreten der Degeneration in Betracht. Wir haben es also in unserem Falle wohl nur mit einer Complication der grauen Hinterstrangsentartung mit einer gewöhnlich auch gleichartigen Erkrankung der Seitenstränge zu thun, Beobachtungen, wie sie ja von *Friedreich, Schulz, Erb* und Anderen mehr bereits mitgetheilt worden sind.

Der Umstand, dass die Erkrankung der Seitenstränge sowohl quantitativ als qualitativ weniger weit vorgeschritten war als in den Hintersträngen, lässt die Annahme gerechtfertigt erscheinen, dass dieselbe in späterer Zeit aufgetreten war, für welche Deutung auch vom klinischen Standpunkte Einiges spricht. Es war nämlich erst mehrere Jahre nach dem ersten Auftreten reiner tabetischer Erscheinungen, im September 1877, zu einer deutlichen Abnahme der groben Kraft und sonstigen Anzeigen motorischer Schwäche im Gebrauch der Extremitäten gekommen, Symptome, die ja einen gewissen diagnostischen Werth haben und auch als solche zu Lebzeiten für die Annahme einer Mitbetheiligung der Seitenstränge zur Geltung kamen. Weniger verwendbar erscheint in dieser Beziehung

die bei unseren Kranken beobachtete Atrophie der Muskulatur der unteren Extremitäten, da sie erst auftrat, nachdem es zur anhaltenden Unthätigkeit der Beine gekommen war und man sie daher auch als eine Folge des aufgehobenen Gebrauchs derselben ansehen kann. Es liegt nahe, das Uebergreifen des Processes in die Hinterseitenstränge in den erwähnten Zeitpunkt zu verlegen. Unser Fall zeigt also, dass das Fehlen des Unterschenkelphänomens bei einer bis in das Lendenmark hinabreichenden tabetischen Erkrankung des Rückenmarkes durch das Hinzutreten einer ähnlichen Entartung der Seitenstränge in der bei unserem Kranken beobachteten Ausdehnung nicht beeinflusst wird. Dieses Verhalten ist als eine Bestätigung des bereits von *Westphal* aufgestellten Satzes zu betrachten, wonach in den Fällen, in welchen die Degeneration der Hinterstränge bis in den Lendentheil hinabreicht, das Kniephänomen fehlt, selbst wenn eine strangförmige Erkrankung der Seitenstränge vorliegt. Es ist nun von *Remak* in der am 9. Juli 1877 abgehaltenen Sitzung der Berliner Med. Psych. Gesellsch. hervorgehoben worden, dass es Fälle von Tabes dorsalis giebt, welche sich schliesslich mit Seitenstrangentartung compliciren und bei welchen das Kniephänomen anfangs fehlt um später wieder aufzutreten, aber diese Angaben beziehen sich nur auf die klinische Beobachtung; der Nachweis über die Ausbreitung des pathologischen Processes fehlt. Anderseits liegen nun Beobachtungen vor, wo gleichzeitig eine Ausdehnung der Seitenstrangentartung bis hinab in den Lendentheil vorhanden war und das Kniephänomen doch fehlte. Aus meiner Literaturkenntniss stehen mir hierfür die folgenden zwei Fälle zur Verwerthung. Der eine derselben betrifft die von *Kahler-Pick* im VIII. Bd. des Arch. f. Psychiat. unter dem Titel: „Ueber combinirte Systemerkrankung des Rückenmarkes“ mitgetheilte Beobachtung, der andere den fünften Fall aus der Arbeit *Westphal's*, „Ueber combinirte (primäre) Erkrankung der Rückenmarkstränge“, welche derselbe im VIII. und IX. Bd. desselben Arch. veröffentlicht hat. Dieselben bieten unverkennbare Analogien zu dem bekannten Bilde der Ataxie locomotrice und es ist bemerkenswerth, dass die genannten Autoren in der Epikrise ihrer Beobachtungen in der Hauptsache die klinischen

Erscheinungen der Tabes dorsalis zum Ausgangspunkt ihrer Besprechungen nehmen. Auch *Erb* hat in seinem Handbuche der Rückenmarkskrankheiten (2. Aufl.) die Mittheilungen derselben in dem Capitel über die graue Degeneration der Hinterstränge zur Verwerthung gebracht. In dem ersten Falle ergab sich nach dem Tode das Bestehen einer grauen Degeneration der Hinterstränge und beider Pyramiden- und Kleinhirnseitenstrangbahnen durch die Gesammtlänge des Rückenmarkes, bei der Beobachtung *Westphal's* war neben einer sehr hochgradigen Sklerose der Hinterstränge bis hinab in's Lendenmark eine Körnchenzellendegeneration beider Seitenstränge vorhanden, welche wenigstens vom mittleren Brusttheil ab zum grössten Theil in der hinteren Hälfte derselben lag und hier ziemlich genau mit den Pyramidenbahnen zusammenfiel. In beiden Fällen fehlten die Sehnenreflexe vollständig. Dieser Befund steht in einem nicht zu verkennenden Gegensatz gegen die von *Remak* mitgetheilten Beobachtungen. Zur Entscheidung sind weitere Beobachtungen nöthig und erwünscht.

Wie bekannt, sind anderseits Fälle mit dem ausgesprochenen klinischen Bilde der Tabes dorsalis mitgetheilt worden, bei denen das Unterschenkelphänomen vorhanden war. So von *Erb* und *Berger*. Doch fehlt bei denselben sämmtlich, wie auch *Berger* hervorhebt, der Nachweis, dass sich die Erkrankung bis in's Lendenmark erstreckt. Der Kranke *Erb's* soll sogar zur Heilung gekommen sein. Die Beweiskraft derselben gegen die Ansicht *Westphal's* ist also keine absolute. Interessant aber werden diese Beobachtungen durch folgende Erörterungen: Es war also bei dem Vorhandensein des Unterschenkelphänomens doch zu Coordinationsstörungen gekommen. Berücksichtigt man nun anderseits die von *Berger* mitgetheilten Fälle, wonach bei vollständigem Fehlen des Kniephänomens das betreffende Individuum ganz gesund erschien und also auch keine Coordinationsstörung darbot, so wird man zur Ansicht gedrängt, dass die Coordination überhaupt wohl nichts mit dem Unterschenkelphänomen und verwandten Erscheinungen zu thun hat. Man wird also *Westphal* nur zustimmen müssen, wenn derselbe sich gegen eine Verwerthung dieser Verhältnisse für eine Theorie über das Wesen des Coordinationsvermögens

ausspricht, ein Versuch, wie er noch neulich von *Tschirjew* im VIII. Bd. des Arch. f. Psych. gemacht worden ist.

Paralytische Geisteskranke, wie sie von *Westphal* beobachtet und in dem in der Einleitung angeführten Aufsatze: „Zur Diagnose der Degeneration der Hinterstränge“ u. s. w. erwähnt worden sind, welche eine in ihrer Natur und Deutung ganz unklare Störung der unteren Extremitäten zeigten und bei denen von einem charakteristischen tabetischen Gange namentlich keine Rede war, welche weiterhin bei Lebzeiten das Kniephänomen nicht hatten und bei denen die Autopsie eine ausgesprochene Entartung bis hinab in den Lendentheil ergab, habe ich bis jetzt nicht zur Section bekommen. Dagegen steht zur Zeit ein männlicher Paralytiker in meiner Beobachtung, bei dem die Sehnenphänomene fehlen. Derselbe hat etwas schwerfälligen, zuweilen taumelnden Gang, ohne ausgesprochene ataktische Erscheinungen. Die Prüfung der Sensibilität an den Beinen und Armen weist deutliche Defecte nach, er lokalisirt Nadelstiche sehr ungenau und ist auch die Muskelsensibilität eine mangelhafte, indem passive Ortsveränderungen des einen Beines bei Verschluss der Augen mit dem andern nur sehr mangelhaft wiedergegeben werden können. Dieser Kranke schwankt bei Verschluss der Augen stark nach hinten. Aehnliche Beobachtungen sind auch von *Muhr* gemacht worden. Der zweite Hauptsatz seiner Resultate heisst: „Das Kniephänomen fehlt unter 51 Fällen 6 Mal. Dieselben sind nicht immer bereits dem Sterben nahe Fälle oder bettlägerige und gelähmte Kranke, sondern Leute, die noch herumgehen und keinen tabetischen Gang haben.“

Eine zweite Gruppe zusammengehöriger Fälle bilden die Kranken der nächsten vier Beobachtungen (IV bis VII). Bei der sechsten derselben zeigte es sich, dass zur Feststellung von Degenerationsprocessen nicht immer die makroskopische Besichtigung des in Kali bichromicum gehärteten Rückenmarkes, sondern auch die mikroskopische Untersuchung von Querschnitten nöthig ist, welche mit Carmin, Osmium, Glycerin u. s. w. behandelt worden sind, denn durch die letzteren allein war es in unserem Falle möglich, eine deutlich umgrenzte Entartung der Hinterstränge nachzuweisen.

Die Degeneration der Hinterstränge, wie sie bei den vier Kranken zur Beobachtung kam, zeigte in manchen Punkten eine unverkennbare Uebereinstimmung. Im Halsmark sind besonders die Goll'schen Keilstränge ergriffen und zwar am stärksten an ihrer äusseren Grenzlinie, nur bei dem Kranken des vierten Falles erstreckt sich die Entartung zum Theil bis in die Nähe der grauen Substanz und längs der Peripherie, doch ist sie hier überall weniger stark als in der inneren Hälfte. Weniger gleichartig sind die Verhältnisse im Brustmark. Bei der vierten und sechsten Beobachtung sind hier ebenfalls die inneren Partien betheiligt, doch so, dass sich der Process auch vielfach in die äussere Hälfte der Hinterstränge erstreckt. Fall V und VII zeigten sich im Dorsaltheil am stärksten ergriffen in den sogenannten Burdach'schen Strängen entsprechend der Grenzlinie zwischen diesen und den Goll'schen Keilsträngen, wodurch an dieser Stelle als besonders entartet sich ein Streifen herausbildet, welcher mit einer dreieckigen Basis der Peripherie aufsitzt und dann nach vorn verläuft, bis er mit einem rundlichen, etwas breiteren Ende in der Nähe der hinteren Commissur endet, von der er jedoch ebenso wie von der grauen Substanz noch durch einen Streifen normalen Gewebes getrennt ist. Dieser Streifen lässt sich bei der fünften Beobachtung bis in die Gegend des ersten Lendennerven verfolgen; bei den übrigen drei Fällen sind im Lendenmark ausschliesslich die inneren der Längsspalte anliegenden Theile entartet, zum Theil bis hinab in die Lendenanschwellung. Wie sich ohne weitere Beschreibung aus den Krankengeschichten ersehen lässt, war der Process auf beiden Seiten nicht immer gleich stark ausgeprägt. Diese Entartungsform entspricht im Wesentlichen den an die Goll'schen Stränge anstossenden Partien, den sogenannten Bandelettes externes, wie sie von *Pierret* und Anderen beschrieben worden sind, über deren Bedeutung die Ansichten aber noch nicht geeinigt sind. Bemerkenswerth ist bei unseren Fällen das Fehlen ausgeprägter Coordinationsstörungen mit Rücksicht auf die bekannten Angaben *Pierret's*, der gerade diese Stellen mit der Coordination in Verbindung bringt.

Obwohl die beschriebene Ausdehnung der Entartung manche

Aehnlichkeit mit dem Bilde der grauen Degeneration darbietet, so lassen sich doch auch einige Differenzen erkennen. So waren im Halsmark bei den meisten Fällen nur die Goll'schen Stränge erkrankt, während in der Regel bei der Tabes dorsalis gerade die äusseren Partien der Hinterstränge, die Grundbündel mitergriffen sind. Ein ähnliches Verhalten zeigte auch das Lendenmark. Auch die histologische Untersuchung ergab Verhältnisse, wie sie für gewöhnlich bei ausgesprochenen Fällen von Tabes nicht beobachtet werden und wie sie vielmehr der von *Westphal* bei den geisteskranken Paralytikern beschriebenen chronischen Myelitis entsprechen. Statt der hochgradigen Verringerung und Atrophie der Nervenfasern durch die allseitige starke Zunahme des interstitiellen Bindegewebes, wie bei den drei ersten Beobachtungen, sieht man bei Fall IV bis VII nur eine gleichmässige Verbreiterung der Zwischensubstanz mit noch zahlreichen wohlerhaltenen Nervenfasern. Zu grösseren bindegewebigen Plaques kommt es nur selten. Wie man die Erkrankung der Hinterstränge bei den Fällen der zweiten Gruppe aber auch auffassen will, so ist es doch bemerkenswerth, dass besonders im Lendenmark und zum Theil auch im unteren Brusttheil die Verringerung der Nervenfasern eine ganz bedeutend geringere ist, als die bei den Kranken der ersten bis dritten Beobachtung der Fall ist.

Es bieten nun aber Fall IV bis VII auch in klinischer Beziehung nicht das Bild der Tabes dorsalis dar, oder höchstens nur andeutungsweise einzelne Erscheinungen. Eine ausgesprochene Ataxie im Gebrauch der Beine kommt bei keinem der Kranken zur Beobachtung. Bei Fall IV war der Gang in den ersten Jahren nur wenig ergriffen, später leicht schwankend, nie ataktisch. Der Kranke der nächsten Beobachtung ist zuerst immer auf den Beinen, kletterte mit grosser Gewandtheit überall umher, erst später tritt dabei ein leichtes Schwanken hervor. Die beiden weiblichen Kranken zeigen einen unsicheren, schwerfälligen, aber keinen uncoordinirten Gang. Das Romberg'sche Phänomen war entweder gar nicht (Fall V und VII) oder nur spurenweise vorhanden. Störungen der Sensibilität, deren Nachweis bei Paralytikern nicht immer leicht ist, liessen

sich wenigstens in zwei Fällen (V und VII) mit Sicherheit ausschliessen.

Welches Verhalten zeigten nun die Kranken in Betreff des Kniephänomens? Bei Fall IV und V trat es für gewöhnlich beiderseits nur in mässigem Grade auf, die weiblichen Kranken boten es in ausgesprochener Weise dar. Während der paralytischen Anfälle, welche später noch zur Verwerthung kommen sollen, wurde es bei sämmtlichen Kranken in stärkerem Grade beobachtet, ausgenommen der fünfte Fall, welcher während seines Hierseins ohne solche verlief.

Es war also das Phänomen vorhanden, trotzdem die Entartung der Hinterstränge bis hinab in das Lendenmark reichte, während bei den Fällen der ersten Gruppe es dabei fehlte. Eine Erklärung für dieses entgegengesetzte Verhalten kann man wohl nur in der Verschiedenheit der Degeneration finden, welche beide Gruppen sowohl in Betreff der Ausdehnung, als in der Intensität zeigten, wie dies oben beschrieben worden ist. Vielleicht spielen ähnliche Verhältnisse eine Rolle bei den oben erwähnten Fällen von *Berger* und *Erb*, wo bei ausgesprochener Tabes das Unterschenkelphänomen vorhanden war. Besonders liegt für die Beobachtung *Erb*'s die Vermuthung nahe, dass die Entartung der Hinterstränge keine zu hochgradige gewesen sein könne, da in demselben Heilung eintrat.

Die zunächst folgenden fünf Beobachtungen (Fall VIII bis XII) bilden wieder eine zusammengehörige Gruppe. Es handelt sich bei denselben um das gleichzeitige Auftreten pathologischer Processe in den Hintersträngen und Seitensträngen, zum Theil auch in den Vordersträngen. Auch bei dieser Gruppe zeigte sich die Nothwendigkeit einer genauen mikroskopischen Untersuchung an behandelten Querschnitten zur Feststellung der Degeneration der Rückenmarksstränge. Eine Verfärbung, welche der sich schliesslich durch das Mikroskop herausstellenden genau entsprach, konnte bei der Section am Spinalrohr mit blossem Auge nicht wahrgenommen werden. So war bei dem Fall VIII dabei nur eine grauröthliche Verfärbung der Hinterstränge sichtbar, entsprechend den Goll'schen Strängen, welche sich bis zum unteren Drittel des

Brustmarkes verfolgen liess, die Seitenstränge erschienen frei. Der nächste Kranke zeigte nur stellenweise im Hals- und Lendentheil der Hinterstränge einige graue Verfärbungen. Bei der zehnten Beobachtung war eine solche nur vom unteren Drittel des Brustmarkes ab in den Hintersträngen wahrnehmbar und bei Fall XI war nur im Halstheil hier und da im Hinterstrang und Hinterseitenstrang ein mehr graulicher Ton vorhanden, zuweilen nur in Form kleiner Striche. Die letzte Beobachtung dieser Gruppe bot überhaupt dem blossen Auge gar keine Verfärbung am Rückenmark dar. Bei zwei Beobachtungen (VIII und XII) war auch nach der Erhärtung in Kali bichromicum von der Entartung, wie sie sich später nach Carminbehandlung herausstellte, nichts zu sehen. Die neunte Beobachtung bot insofern ein eigenthümliches Verhalten, als am gehärteten Präparat in den Hinterseitensträngen sich erst im mittleren Brustmark eine deutliche hellere Verfärbung erkennen liess, während die mit Carmin gefärbten Querschnitte auch ein Ergriffensein dieser Markstränge im Halsmark und oberen Brusttheil nachwiesen.

Mit Bezug auf die Ausdehnung der Entartung zeigten sämmtliche Beobachtungen für die Seitenstränge dieselben Verhältnisse. Es war durchgängig die hintere Hälfte derselben ergriffen und liess sich die Degeneration vom Anfang des Halsmarkes bis hinab in das Lendenmark verfolgen. Nach ihrer Lage entsprach sie unverkennbar den von *Flechsig* beschriebenen Pyramiden-Seitenstrangbahnen. Im gesammten Rückenmark nämlich blieb zwischen ihr und der grauen Substanz ein Streifen normalen Gewebes frei, der nach *Flechsig* als die seitliche Grenzschicht der grauen Substanz zu betrachten sein würde; nur in der Gegend des ersten Halsnerven legte sich die degenerirte Partie unmittelbar an die graue Substanz an. Auch nach aussen war die erkrankte Zone ebenfalls durch eine Schicht gesunden Markes von der Peripherie getrennt, oder sie reichte wenigstens nur in schwachen Ausläufern an dieselbe heran, ein Verhalten, welches wieder nach *Flechsig* auf das Nichtergriffensein der directen Kleinhirnseitenstrangbahnen zu beziehen sein würde. Erst im unteren Brustmark trat dann die Degeneration dicht an die Peripherie heran, eine

Lage, welche sie dann bis hinab in's Lendenmark beibehielt. Nur bei dem achten Falle boten die beiden Seitenstränge insofern ein ungleiches Verhalten, als die Erkrankung auf der linken Seite stärker ausgesprochen war, bei den übrigen erschien sie für beide Seiten von gleicher Stärke. Eine Betheiligung der als Pyramiden-Vorderstrangbahnen anzusehenden Abschnitte war durch Chromsäureverfärbung und Behandlung mit Carmin nur bei zwei Kranken zu constatiren, nämlich bei Fall VIII und XI. Bei den ersten derselben lag die ergriffene Partie auf der rechten Seite im oberen Halsmark, sattelförmig einem Theile der Begrenzungslinie des Vorderstranges nach aussen aufsitzend, erst weiter unten legte sie sich ausschliesslich der gesammten inneren, der Längsspalte zugekehrten Fläche an, um mit dem Beginne des Dorsalmarkes bald zu verschwinden. Der zweite Kranke zeigte die entsprechende Entartung ebenfalls nur auf der rechten Seite, doch war sie hier gleich von Anfang an nur an der inneren Fläche gelegen. Sie konnte hier um so mehr im Sinne *Flechsig*'s als Vorderstrangpyramidenbahn angesehen werden, als der rechte Vorderstrang bedeutend breiter erschien als der linke und das Umgekehrte für die beiden Hinterseitenstränge stattfand. Merkwürdigerweise hatte die frische mikroskopische Untersuchung an Zupfpräparaten bei beiden Beobachtungen auch im entgegengesetzten Vorderstrang ziemlich zahlreiche Körnchenzellen nachgewiesen, ebenso bei dem Falle IX beiderseitig, ohne dass später eine Chrom- oder Carminverfärbung erzielt werden konnte. Bei dem Kranken der zehnten Beobachtung waren an den betreffenden Stellen keine Körnchenzellen, bei dem zwölften Falle nur vereinzelt aufzuweisen.

Grössere Abweichung fand bei einzelnen Beobachtungen mit Rücksicht auf die Hinterstränge statt. Bei Fall VIII war eine Degeneration der Goll'schen Keilstränge vorhanden, welche vom Halsmark ab bis in das obere Brustmark sich verfolgen liess. Die nächste Beobachtung (IX) zeigte complicirtere Verhältnisse. Neben einer Erkrankung der Goll'schen Stränge trat im Halsmark vom zweiten Nerven ab noch ein schmaler Degenerationsstreifen auf, welcher nach seiner Lage den bei den Kranken der zweiten Gruppe geschilderten ähnlichen entarteten

Stellen entsprach. Im Brustmark war fast ausschliesslich nur diese Art der Degeneration sichtbar, während die inneren Partien der Hinterstränge nahezu frei erschienen; auch im Lendentheil ist sie noch in Gestalt eines schmalen Streifens ausgesprochen, doch tritt auch hier wieder eine deutliche verfärbte Partie an der hinteren Längsspalte in ovalförmiger Gestalt auf. Etwas einfacher gestalten sich die Verhältnisse bei den folgenden Fällen. Bei Fall X ist nur im Brustmark beiderseits ein Degenerationsstreifen unter der bereits mehrfach geschilderten Gestalt zu sehen, welcher sein Ende in der Gegend des letzten Brustnerven erreicht. Die Erkrankung der Hinterstränge bei der elften Beobachtung betrifft im Halsmark durchweg nur die Goll'schen Keilstränge, mit dem Beginn des Brustmarkes tritt sie in der streifenförmigen Form in den Burdach'schen Strängen auf und verschwindet allmälig in der Gegend des sechsten Brustnerven. Aehnlich verhält sich Fall XII, nur lässt sich die Degeneration hier durch das gesammte Brustmark nachweisen und ist auch im Lendenmark vorhanden, wo sie sich aber mehr auf die innere Hälfte beschränkt.

In histologischer Beziehung zeigte sowohl die Erkrankung der Hinterstränge als Seitenstränge, resp. auch der Vorderstränge dasselbe Bild wie die degenerirten Hinterstränge bei den Fällen der zweiten Gruppe. Ueberhaupt bot die Degeneration der Hinterstränge bei beiden Gruppen viel Uebereinstimmendes, was sich wohl ohne weiteres Eingehen aus den angeführten Thatsachen entnehmen lässt. Auch in klinischer Beziehung war dies vielfach der Fall, worauf noch später zu kommen sein wird.

Sehen wir nun wie sich das Unterschenkelphänomen bei den Kranken der dritten Gruppe verhält, so ergiebt sich, dass es bei sämmtlichen Fällen sehr deutlich vorhanden war; bei der achten und zwölften Beobachtung trat es sogar vielfach unter der Form eines Klonus auf. Während der paralytischen Anfälle, welche bei den Kranken unserer Gruppe auftraten, war gewöhnlich eine Steigerung des Phänomens vorhanden. Dieses Verhalten entspricht für den achten und elften Fall den gewöhnlichen Befunden, da ja hier die Erkrankung der Hinterstränge nur bis

in das obere Brustmark resp. bis zum sechsten Brustnerven reichte. Dagegen war aber auch das Phänomen vorhanden bei den Kranken der zehnten, neunten und zwölften Beobachtung, obwohl bei dem ersteren die Degeneration der Hinterstränge bis in das untere Brustmark und bei den beiden letzten sogar bis in das Lendenmark sich erstreckt. Als Grund für diese Erscheinung wird wohl auch hier nur wie bei den Fällen der zweiten Gruppe der Umstand herangezogen werden können, dass die Verringerung der Nervenfasern sowohl im Lendenmark als auch im unteren Brusttheil ganz bedeutend hinter derjenigen zurücksteht, welche bei der ersten und dritten Beobachtung, den Kranken mit ausgesprochenen tabetischen Störungen, sich vorfand.

Die sieben letzten Beobachtungen (XIII bis XIX) bilden wieder eine Gruppe zusammengehöriger Fälle. Es handelt sich bei denselben um eine Erkrankung der Seitenstränge und zwar in ihrer hinteren Hälfte, welche nach ihrer Lage den Pyramidenseitenstrangbahnen *Flechsig*'s entspricht; in derselben Weise wie dies bei den Fällen der vorhergehenden Gruppen näher beschrieben worden ist. Ueberall lässt sich die Degeneration vom Halsmark an bis hinab in den Lendentheil nachweisen, ausgenommen ist davon nur die Kranke der letzten Beobachtung, bei welcher sie sich nur im Halsmark und im oberen Dorsalmark vorfand. Der Process war auf beiden Seiten durchgängig gleich stark ausgeprägt, nur bei Fall XVIII war er auf der rechten Seite in stärkerem Grade vorhanden. Bei fünf Kranken (XIII, XIV, XV, XVII und XIX) war bei der Section durch die makroskopische Besichtigung des Rückenmarkes keine besondere Verfärbung desselben zu erkennen, bei der sechzehnten Beobachtung erschien nur das bemerkenswerth, dass die Figur der Hörner sich auffallend wenig von der Marksubstanz abhob, indem diese weniger weiss als unter gewöhnlichen Verhältnissen erschien, aber nur bei dem Kranken des achtzehnten Falles war neben derselben Veränderung in den Hinterseitensträngen hier und da eine Verfärbung unter der Form graulicher Streifen zu sehen, zu grösseren verfärbten Stellen war es nicht gekommen. Nach der Erhärtung in Kali

bichromicum war nur bei den vier letzten Beobachtungen eine zusammenhängende hellere Verfärbung der Seitenstränge aufgetreten, bei den übrigen liess sich eine solche erst durch die Behandlung mit Carmin in Betreff ihrer Ausdehnung genauer feststellen. Fall XVIII war ausserdem dadurch bemerkenswerth, dass die Chromsäureverfärbung erst vom Brustmark ab sichtbar war, während nach Färbung mit Carmin sich auch im Halsmark eine Degeneration der Pyramidenbahnen nachweisen liess.

Eine Entartung der Vorderstränge, welche sich auf die in denselben verlaufenden Pyramidenbahnen beziehen lässt, war durch die frische mikroskopische Untersuchung — Auftreten von Körnchenzellen in bemerkenswerther Menge — nur bei den Fällen XIII und XVII nachzuweisen gewesen, bei denen sich dann das Ergriffensein dieser Bahnen auch durch die Behandlung mit Carmin feststellen liess und zwar so, dass bei dem ersten Kranken sich die Degeneration nur im Halsmark, bei dem zweiten auch im oberen Brustmark vorfand. Bei den übrigen fünf Beobachtungen waren die entsprechenden Partien entweder gar nicht betheiligt, oder es liessen sich in denselben nur ganz vereinzelt Körnchenzellen auffinden.

In den Hintersträngen war weder nach der Behandlung mit Kali bichromicum noch durch Färbung mit Carmin eine zusammenhängende Verfärbung und Erkrankung zu entdecken gewesen. Die frische Untersuchung hatte nur ganz vereinzelt Körnchenzellen in denselben nachgewiesen, so dass man gewiss nicht von einer strangförmigen Degeneration derselben sprechen kann. Nur bei dem Kranken der vierzehnten Beobachtung war nach der Erhärtung in Kali bichromicum im rechten Hinterstrang in der Gegend des 7. bis 9. Brustnerven eine verfärbte Stelle von ganz eigenthümlicher, ovalförmiger Gestalt aufgetreten, welche in der Mitte entsprechend ihrer grössten Ausdehnung auf dem Querschnitt das Bild eines Ringes darbot, indem die Verfärbung am Rande am stärksten ausgesprochen war und nach der Mitte zu allmälig abnahm, am oberen und unteren Ende bildet sie nur einen kleinen helleren rundlichen Fleck. Man wird die entartete Stelle sich

also in ihrer Gesammtform als einen nach oben und unten spitz zulaufenden Cylinder zu denken haben, welcher eine Partie mehr oder weniger normaler Marksubstanz umschliesst. Die feinere Structur derselben erwies sich durch die Untersuchung an Carminpräparaten als aus einem welligen Bindegewebe bestehend. In der Mitte waren noch einzelne wohlerhaltene Nervenfasern sichtbar. Die Bedeutung dieser eigenthümlichen Degeneration sowohl in pathologischer als klinischer Beziehung erscheint unklar. Sie schliesst sich unverkennbar den von *Westphal* zuerst beschriebenen eigenthümlichen kreisförmigen und ovalen Degenerationsfiguren an, welche derselbe bei secundärer Entartung des Rückenmarkes beobachtete (Archiv für Psych. Bd. II pag. 374), nur waren dort in den heller gefärbten Stellen zahlreiche Körnchenzellen vorhanden, während es sich bei unserem Kranken um eine Zunahme des Bindegewebes handelt. Hierher gehört auch die von *Kahler-Pick* im Archiv für Psych. Bd. X mitgetheilte Beobachtung eines Falles von Fractur der Halswirbelsäule mit Compression des Rückenmarkes, wo sich ebenfalls in den Hintersträngen ähnliche Veränderungen fanden. Doch handelte es sich hier bei der feineren mikroskopischen Untersuchung nicht um Körnchenzellen, sondern um eine Ansammlung von dicht gedrängten endothelähnlichen Zellen, Markklumpen und einzelnen Ballen einer homogenen vom Carmin blassroth gefärbten Substanz; von der Wand des Heerdes, welche eine mässige Vermehrung des interstitiellen Gewebes zeigt, ziehen feinere und gröbere verzweigte Septa durch denselben, also Verhältnisse, welche zum Theil den Befunden in meinem Falle entsprechen. Bei dem einen Falle *Westphal*'s hatte es sich ebenfalls um ein Trauma gehandelt, bei der anderen Beobachtung desselben war das Rückenmark durch eine Geschwulst comprimirt worden, und sind diese Processe denn auch von mehreren Seiten (siehe *Erb*, Handb. d. Rückenmarkskrankheiten, II. Aufl. pag. 780) als zu den sogenannten traumatischen Degenerationen von *Schiefferdecker* gehörig aufgefasst worden. Unser Fall spricht gegen eine solche Auffassung, da von einem Trauma bei demselben keine Rede war. Ich möchte sie mit *Kahler-Pick* am ehesten als myelitischer Natur betrachten, besonders da es sich

in meinem Falle um eine gleichzeitige myelitische Erkrankung des Rückenmarkes handelt.

Was den Charakter der Erkrankung der Hinterseitenstränge resp. der Vorderstränge betrifft, wie sich derselbe nach mikroskopischen Untersuchungen herausstellte, so haben wir es mit denselben Verhältnissen zu thun, wie bei den Fällen der vorhergehenden Gruppe, Auftreten zahlreicher Körnchenzellen, Verbreiterung des interstitiellen Bindegerüstes mit noch ziemlich zahlreich erhaltenen normal aussehenden Nervenfasern.

Das Unterschenkelphänomen zeigte bei der vierten Gruppe das folgende Verhalten. Es war bei sämmtlichen Fällen immer in sehr ausgesprochenem Grade vorhanden, bei einigen derselben (XIV und XVII) traten die Contractionen des Quadriceps sogar in Form eines Klonus auf. Da wo Anfälle zur Beobachtung kamen, trat es meistens in stärkerem Grade als vorher auf. Dieser Befund entspricht den allgemeinen Erfahrungen, wonach bei Affectionen der Seitenstränge das Kniephänomen in ausgesprochener Weise vorhanden ist.

Welches Verhalten zeigte nun das Fussphänomen bei unseren Beobachtungen? Bei den drei Kranken der ersten Abtheilung, also denjenigen Fällen, welche sowohl in klinischer Beziehung ausgesprochene tabetische Erscheinungen darboten, als auch nach dem Tode den Befund einer hochgradigen und tief hinab bis in's Lendenmark sich erstreckenden grauen Degeneration der Hinterstränge aufweisen, war es ebensowenig wie das Unterschenkelphänomen jemals auszulösen. Bei der zweiten Beobachtung, bei welcher auch paralytische Anfälle in dieser Beziehung untersucht werden konnten, war es während derselben ebenfalls nicht nachzuweisen, ein Befund, auf den noch später zurückzukommen sein wird.

Bei der zweiten Gruppe (Fall IV bis VII), bei denen eine Entartung der Hinterstränge vorhanden war, welche, wie bereits oben näher dargestellt worden ist, keinen so starken Schwund von Nervenfasern zeigte, wie dies bei der grauen Degeneration gewöhnlich der Fall ist, und zwar besonders da, wo die Erkrankung bis in das untere Brustmark und Lenden-

mark hinabreichte, verhielt sich das Fussphänomen in folgender Weise. Bei den beiden ersten Beobachtungen dieser Abtheilung (Fall IV und V), welche für gewöhnlich das Kniephänomen nur in mässiger Stärke aufwiesen, war das Fussphänomen nur andeutungsweise oder ebenfalls nur mässig stark nachzuweisen. Von den beiden weiblichen Kranken (Fall VI und VII), welche das Kniephänomen für gewöhnlich ganz deutlich zeigten, fehlte das Fussphänomen bei der ersten, nur während der paralytischen Anfälle war es andeutungsweise vorhanden, bei der zweiten war es für gewöhnlich nachzuweisen, aber weniger stark als am Knie ausgeprägt, dagegen schien es auch hier während der Anfälle in stärkerem Grade als vorher aufzutreten.

Von den Kranken der dritten Gruppe (Fall VIII bis XII), bei denen das Rückenmark eine combinirte Erkrankung der Hinterstränge und der Seitenstränge resp. auch der Vorderstränge aufwies und das Kniephänomen in sehr ausgesprochenem Grade zum Theil unter der Form eines Klonus vorhanden war, zeigten zwei (Fall VIII und IX) für gewöhnlich das Fussphänomen nicht, bei den übrigen war es weniger stark als das Unterschenkelphänomen, oder nur andeutungsweise auszulösen. Da wo Anfälle beobachtet werden konnten (Fall VIII und XI), trat es während derselben in stärkerem Grade zu Tage. Besonders bemerkenswerth ist in dieser Beziehung der Kranke der achten Beobachtung, weil es bei diesem für gewöhnlich fehlte.

Die Fälle unserer vierten Gruppe (XIII bis XIX), mit alleiniger Erkrankung der Seiten- resp. der Vorderstränge, welche das Kniephänomen durchgängig in sehr starkem Grade darboten, zeigten für gewöhnlich auch das Fussphänomen, allerdings in schwächerem Grade, oder nur in Spuren; ausgenommen der Kranke der siebzehnten Beobachtung, bei dem es sich sehr ausgeprägt constatiren liess. Wo Anfälle oder anfallsartige Zustände in dieser Beziehung beobachtet werden konnten (Fall XIV und XV), trat es stärker ausgesprochen auf.

Von besonderem Interesse ist das Verhalten der beiden Phänomene während der paralytischen Anfälle, worauf schon im Vorhergehenden mehrfach aufmerksam gemacht wurde. In

der mir zugänglichen Literatur habe ich Mittheilungen darüber nicht finden können, auch in der ausführlichen Arbeit von *Reinhard*, welche derselbe neulich im Arch. f. Psychiat. Bd. X über die Eigenwärme in der allgemeinen progressiven Paralyse der Irren veröffentlichte, finde ich bei den Beschreibungen der paralytischen Anfälle keine Angaben über diese Verhältnisse.

Es sind hier besonders die Kranken der zweiten, dritten und vierten Gruppe, welche in Betracht kommen. — Wo paralytische Anfälle bei denselben beobachtet und auf die Phänomene hin geprüft werden konnten, liess sich eine Einwirkung derselben auf diese Erscheinung deutlich erkennen. In den Fällen, wo das Kniephänomen vorher nur in mässigem Grade vorhanden war, trat es mit dem Anfall in deutlicher und selbst in sehr starker Weise auf. Besonders in die Augen fallend war dieser Einfluss bei dem Fussphänomen. Dasselbe zeigte sich da, wo es für gewöhnlich nur andeutungsweise nachzuweisen war, oder gänzlich fehlte, im Anfall entweder in starkem Grade oder war wenigstens hervorzurufen. Dieser Einfluss machte sich sowohl bei den Anfällen mit epileptiformem als auch bei solchen mit apoplektiformem Charakter geltend, auch fehlte er nicht bei denjenigen, welche gemischter Natur erschienen.

Vielfach liess sich ein bestimmtes Ueberwiegen einer Seite feststellen und zwar sowohl bei hemiepileptischen als hemiparetischen Anfällen. So heisst es bei Beobachtung IV: In den letzten zwei Jahren kam es häufig zu paralytischen Anfällen, welche in der Regel einen ausgesprochenen epileptischen Charakter trugen und zwar so, dass Zuckungen entweder auf beiden Seiten in gleicher Stärke vorhanden waren, oder auf einer Seite stärker auftraten, oder überhaupt nur einseitig verliefen; zuweilen wechselten auch beide Seiten mit einander ab. Das Kniephänomen liess sich während derselben immer in sehr hohem Grade nachweisen, zuweilen erschien es auf der angegriffenen Seite stärker. Bei der Kranken der sechsten Beobachtung, welche an einem apoplektiformen Anfall mit dreiwöchentlicher linkseitiger Hemiparese erkrankte, war das Knie-

phänomen links stärker ausgeprägt. Beobachtung VII, welche einen Anfall epileptiformer Natur mit Ueberwiegen der rechten Seite bekam, hatte beide Phänomen auch auf dieser Seite in stärkerem Grade. Besonders hervorzuheben sind hier die Fälle VIII und XI, beide zur zweiten Gruppe gehörig. Der Kranke des ersten Falles war plötzlich hingefallen und zeigte bei der sofort vorgenommenen Untersuchung einen paralytischen Anfall apoplektiformer Art mit rechtseitiger Hemiparese des Armes und Beines. Das Unterschenkelphänomen und Fussphänomen, auf beiden Seiten nachweisbar, war auf der rechten stärker ausgeprägt. Zwei Tage später ging die Lähmung auf die linke Seite über und trat nun auch das Kniephänomen auf derselben in höherem Grade zu Tage, das Fussphänomen war überhaupt jetzt nur links auszulösen. Bei Beobachtung XI war es zu einem paralytischen Anfall mit gemischtem Charakter gekommen, die linke Seite zeigte epileptiforme Erscheinungen, der rechte Arm machte einen paretischen Eindruck und erkrankte auch später an einer Extensorenlähmung. Die Sehnenphänomene waren beiderseitig an den Beinen sehr deutlich nachweisbar; rechts am Knie und Fuss in stärkerem Grade. Aehnliche Beobachtungen habe ich noch an einigen paralytischen Kranken gemacht, welche zum Theil bereits gestorben sind, deren Rückenmark aber bis jetzt nur der frischen mikroskopischen Untersuchung an Zupfpräparaten unterworfen werden konnte, bei welcher sich beiläufig zahlreiche Körnchenzellen in den Hinterseitensträngen resp. in gewissen Abschnitten der Vorderstränge, in den Hintersträngen entweder gar nicht oder nur vereinzelt ergaben. Zum Theil sind ähnliche Wahrnehmungen an noch lebenden Paralysen gemacht worden. So bei einer weiblichen Kranken, die von einem paralytischen Anfall ergriffen wurde, wobei anfangs nur Zuckungen auf der linken Gesichtshälfte und den Extremitäten vorhanden waren und sich später eine Parese des linken Armes anschloss, die, was ich bis jetzt bei Paralytikern noch nicht zu beobachten Gelegenheit gehabt habe, eine nun fast bereits ein Jahr anhaltende geblieben ist. Die Sehnenphänomene, welche vorher ohne besondere Ungleichheit einer Seite an den Beinen vorhanden waren, traten während des

Anfalles in stärkerem Grade auf der linken Seite auf und sind es auch bis jetzt geblieben. Auch lassen sich am linken Arme Contractionen verschiedener Muskeln durch Klopfen auf den Muskelbauch, Sehnen und selbst Knochenpartien zuweilen hervorrufen, welche rechts nur andeutungsweise oder oft auch gar nicht auszulösen sind. Aehnliche Erscheinungen, aber in entsprechender Weise auf die rechte Seite übertragen, bietet eine zweite noch lebende weibliche paralytische Geisteskranke, nur ist die Hemiparese rechterseits bis jetzt immer nach einiger Zeit wieder vollständig zurückgegangen. Die Phänomene sind während der Anfälle immer rechts besonders stark vorhanden, an den Armen lässt sich dies z. B. am Flexor carp. radial. und ulnar., Flexor communis, Extensor carp. radial. u. s. w. nachweisen.

Diese Ergebnisse scheinen mir mit ziemlicher Sicherheit dafür zu sprechen, dass das Grosshirn und seine pathologischen Veränderungen nicht ohne Einfluss für das Zustandekommen der Sehnenphänomene überhaupt und speciell auch für ihre pathologische Steigerung sind. Ich habe schon früher einmal im 34. Bande dieser Zeitschrift diese Vermuthung ausgesprochen, gelegentlich der Mittheilung eines Falles von Apoplexie, wo ich das Fussphänomen schon am ersten Tagen nach der Apoplexie auf der gelähmten Seite gesehen hatte, während es auf der andern nicht vorhanden war, später war dann *Westphal* (Berl. Klin. Wochenschr. 1878) in der Lage, eine Stunde nach einem Anfalle von Apoplexie mit Hemiplegie und Contracturen das Fuss- und Kniephänomen (!), die vorher nicht dagewesen waren, zu constatiren und leugnete ebenfalls die Abhängigkeit von der secundären Degeneration. Auch *Erb* hat sich bekanntlich in seinem Handbuche der Rückenmarkskrankheiten in diesem Sinne ausgesprochen. Auch *Strümpell* kommt in seiner Arbeit (Beiträge zur Pathologie des Rückenmarkes im X. Bd. des Arch. für Psych.) auf Grund seiner Beobachtungen über spastische Spinalparalysen zu ähnlichen Anschauungen. Unter Anderem heisst es da: Die lebhafte Erhöhung der Sehnenreflexe kann sicher zuweilen nur in cerebralen Störungen bedingt sein. Auch ist hier der von *Schulz* beobachtete und veröffentlichte Fall (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 22) anzuführen, welcher bei Lebzeiten als spastische Spinalparalyse

diagnosticirt werden musste und wo die Section einen hochgradigen Hydrocephalus ergab, dagegen im Rückenmark und speciell in den Seitensträngen keine Veränderung vorhanden war.

Bei den von mir beobachteten und mitgetheilten Fällen fanden sich nun auch durchgängig chronische Veränderungen am Grosshirn und zwar besonders, wie meistens bei paralytischen Geisteskranken, im Bereich der Convexität der Hemisphären vorzüglich über dem Stirnhirn, beiden Centralwindungen und gewissen Theilen des Schläfehirns, bestehend in Veränderungen der weichen Häute und Hirnrinde. Es liegen manche Gründe vor, den Sitz der paralytischen Anfälle in den Bereich der Hirnrinde an den erwähnten Stellen zu verlegen. Man vergleiche in dieser Beziehung nur die Arbeit von *Hitzig* über die progressive Paralyse in *Ziemssen*'s Hdb. der spec. Path. u. Ther. Bd. XI erste Hälfte. Es ist daher auf Grund der vorstehenden Beobachtungen nicht unmöglich, dass dabei auch die reflexhemmenden Wirkungen des Gehirns ausser Thätigkeit gesetzt werden, ein Verhalten, welches auch von *Erb* zur Erklärung herangezogen worden ist. Auch an physiologischen Anhaltspunkten fehlt es hier nicht. Ich erinnere nur an die reflexhemmende Wirkung der Lobi optici beim Frosch. Wie ich weiter aus dem Handbuche *Erb*'s ersehe, hat *Langendorff* neulich nachgewiesen, dass die reflexhemmende Wirkung des Gehirns eine gekreuzte ist (die rechte Körperhälfte steht unter dem Einfluss der linken Grosshirnhälfte und umgekehrt) und dass die Kreuzung beim Frosch in der Oblongata stattfindet. Inwiefern die Erscheinungen bei meinen Kranken mit diesen Angaben in Uebereinstimmung stehen, braucht wohl nicht weiter ausgeführt zu werden. Es war nun sowohl für die Zustände mit ausgesprochenem apoplectiformen Charakter als auch für solche, wobei epileptiforme Zuckungen für sich allein oder vor den Lähmungszuständen auftraten, eine Zunahme der Phänomene beobachtet worden. Vielleicht deutet dies darauf hin, dass die Lähmung der reflexhemmenden Apparate leichter und eher stattfindet, als diejenige der motorischen Centren. Von *Langendorff* sind die reflexhemmenden Bahnen für das Rückenmark in die weissen Vorderstränge verlegt worden.

Klinisch spricht dafür meines Dafürhaltens nur das spätere Fehlen aller Sehnenreflexe bei der Poliomyelitis anterior acuta, die meisten Erfahrungen sprechen für eine Betheiligung der Seitenstränge, welcher Ansicht sich auch *Erb* in seinem Handbuch bei Besprechung der secundären Degenerationen und der spastischen Spinalparalyse anschliesst. Auch ich neige mich mehr dieser Meinung zu, worauf ich später noch einmal zurückkommen werde. Auch ist in neuerer Zeit *Woroschiloff* auf Grund seiner Untersuchungen zur Ansicht gelangt, dass diese Bahnen zum Theil auch in den Seitensträngen liegen.

Allerdings ist hier noch wenigstens für gewöhnliche Fälle von Apoplexie die Frage zu erörtern, wann zuerst eine secundäre Degeneration bei solchen auftritt. Von *Kahler-Pick* ist im zehnten Bande des Arch. f. Psych. eine hierhergehörige Beobachtung mitgetheilt worden, wo schon am 11. Tage nach einer Zerstörung der Pyramidenbahn im Grosshirn ganz exquisite Degeneration im Rückenmark im Hinterseitenstrang vorhanden war und sie sprechen die Vermuthung aus, dass es in günstigen Fällen gelingen wird, den Termin noch weiter nach vorn zu schieben, ja dass möglicherweise die ersten der Degeneration entsprechenden Vorgänge in den Fasern schon unmittelbar im Anschluss an die primäre Läsion im Gehirn stattfinden können. Es verdient nun für meine Beobachtungen hervorgehoben zu werden, dass bei einer Reihe derselben (II. Gruppe), welche neben Veränderungen im Bereich des Grosshirns im Rückenmark nur solche in den Hintersträngen nachwiesen und bei denen die Phänomene für gewöhnlich zum *Theil* mässig stark, zum Theil in deutlicher Weise ausgesprochen waren, die letzteren während der paralytischen Anfälle entweder in starkem Grade auftraten, oder wie zum Theil für das Fussphänomen überhaupt sich erst während der Anfälle nachweisen liessen, ein Verhalten, welches die oben ausgesprochene Meinung nur unterstützen kann.

Anderseits ist hervorzuheben, dass bei dem zweiten Falle der ersten Gruppe, welche die Beobachtungen enthält, bei denen das klinische Bild der Tabes dorsalis vorhanden war und in den Hintersträngen bis hinab in's Lendenmark eine hochgradige Entartung derselben bestand, das für gewöhnlich

fehlende Kniephänomen auch während der paralytischen Anfälle nicht vorhanden war. Es würde dies dafür sprechen, dass bei diesen Fällen grauer Degeneration der Hinterstränge, dauernd die Bahnen im Rückenmark für unsere Phänomene vernichtet sind, so dass auch durch pathologische Vorgänge im Grosshirn keine Einflüsse auf dieselben mehr ausgeübt werden können.

Trotz der im Vorhergehenden ausgeführten Erörterungen bin ich aber doch der Meinung, dass auch Erkrankungen der Seitenstränge einen Einfluss auf das Verhalten der Sehnenphänomene ausüben können, was ja auch ganz selbstverständlich erscheint, wenn man die Möglichkeit reflexhemmender Bahnen in denselben annimmt. Ich habe dies auch schon in dem oben erwähnten von mir veröffentlichten Fall von Apoplexie hervorgehoben. Es würde dann sich gerade hier so verhalten, wie mit den motorischen Bahnen, bei denen sowohl eine Störung ihrer Ursprungs- resp. Durchgangsstellen im Gehirn ebenso wie eine vollkommene Atrophie ihrer Bahnen im Rückenmark eine ausgesprochene Lähmung herbeizuführen im Stande ist.

Stellen wir auf diese Frage hin noch einmal die bei unseren Fällen gefundenen Resultate neben einander, so ergiebt sich, dass bei Gruppe II., also bei denjenigen, wo die Untersuchung des Rückenmarkes nur das Bestehen einer Erkrankung der Hinterstränge in der an dortiger Stelle näher beschriebenen Weise nachwies, das Kniephänomen nur in zwei Fällen für gewöhnlich, der Zeitpunkt, welcher hier mit Rücksicht auf die Anfälle allein zur Berücksichtigung kommen kann, sich deutlich zeigte, bei den andern beiden war es nur in mässigem Grade vorhanden. Bei den Kranken der dritten Gruppe, d. h. die Fälle mit gleichzeitiger Erkrankung der Hinterstränge und Hinterseitenstränge resp. Vorderstränge, war das Kniephänomen durchgängig in starkem Grade nachweisbar, vielfach sogar unter der Form eines Klonus; das Fussphänomen war in zwei Fällen ebenfalls deutlich vorhanden, allerdings weniger stark, als das Kniephänomen, in einem Fall nur angedeutet, und nur bei zwei Kranken für gewöhnlich nicht auszulösen. Die vierte Gruppe der Beobachtungen, bei welcher es sich nur um Er-

krankung der Hinterseitenstränge resp. Vorderstränge handelte, zeigte das Kniephänomen ebenfalls durchgängig in sehr starkem Grade und traten die Contractionen des Quadriceps nicht selten unter der Form von klonischen Zuckungen auf, das Fussphänomen war überall vorhanden, allerdings nur bei einer Beobachtung in ausgeprägtem Grade. Zu bemerken ist noch, dass das Auftreten von Contractionen verschiedener Muskeln der oberen Extremitäten bei Klopfen auf die Sehnen oder den Muskelbauch nur bei Kranken der beiden letzten Gruppen zur Notiz gekommen ist. Es sind dies Beobachtungen XII und XVII.

Aus dem Angeführten scheint doch hervorzugehen, dass bei Entartung der Seitenstränge die Sehnenphänomene für gewöhnlich stärker ausgeprägt sind. Besonders gilt dies bei meinen Fällen ganz allgemein für das Kniephänomen. Da nun die Steigerung der Sehnenreflexe von *Erb* für seine spastische Spinalparalyse (Tabes dorsal. spasmodique nach *Charcot*) als ein Hauptsymptom in Anspruch genommen wird und derselbe als wahrscheinlichste anatomisch-pathologische Grundlage dafür eine Erkrankung der Hinterseitenstränge (Pyramidenbahnen) vermuthet, liegt es nahe, auch unsere Fälle einmal auf diese Beziehung hin zu prüfen.

Die Begriffsbestimmung, welche *Erb* für seine Krankheitsform in seinem Handbuche aufgestellt hat, ist folgende: Die Krankheit ist klinisch charakterisirt durch eine allmälig zunehmende, gewöhnlich von unten nach oben langsam fortschreitende Parese und Paralyse mit Muskelspannungen, Reflexcontractionen und Contracturen, mit auffallend gesteigerten Sehnenreflexen, bei völligem oder nahezu völligem Fehlen aller Sensibilitäts- und trophischen Störungen, jeder Blasen- oder Geschlechtsschwäche und aller Hirnstörungen.

Was nun den Gang betrifft, so war er bei sämmtlichen Kranken, welche eine Degeneration der Seitenstränge mit und ohne eine solche der Hinterstränge darboten, da wo eine Störung wahrgenommen werden konnte, durchgängig als unsicher, schleifend oder schleppend, breitspurig oder schwerfällig notirt worden, von einem Schleudern, Stampfen desselben, wie bei den Fällen von Tabes dorsalis war nirgends die Rede.

Der Gang machte also einen paretischen Eindruck und ging ja gewöhnlich auch in vollständige Paralyse über, er bot also den Charakter, wie ihn *Westphal* für die eine seiner beiden Hauptgruppen der paralytischen Geisteskranken beansprucht und die er ebenfalls den Fällen mit tabetischem Gange gegenüberstellt. Indessen hatten auch die Kranken unserer zweiten Gruppe, welche keine Erkrankung der Seitenstränge zeigten, sondern nur in den Hintersträngen die oben beschriebene Degeneration aufwiesen, eine ähnliche Gangart. Nur insofern war der Gang bei einigen Beobachtungen mit Seitenstrangdegeneration von dem bei der zweiten Gruppe unterschieden, als er etwas Steifes darbot, oder die Kranken sehr rasch und nach vorn gebeugt gingen, häufig mit der Gefahr nach vorn zu fallen oder endlich der Gang durch Zitterkrämpfe in den Beinen erschwert und unmöglich gemacht wurde.

Hierher gehören die Fälle XI, XII, XIII, XVII und XVIII. Besonders bei dem Kranken der achtzehnten Beobachtung trat dies sehr deutlich in Erscheinung. Für gewöhnlich lag er auf dem Boden, beim Versuch, ihn aufzustellen, machte er die Beine steif und schob sie nach vorn. Später konnte er öfters einige Schritte gehen, aber unter starkem Taumeln nach vorn und immer rascher werdend. Diese Eigenthümlichkeiten entsprechen in mehreren Beziehungen den von *Erb* beschriebenen Gangstörungen bei seiner spastischen Spinalparalyse. Ausserdem, dass der Gang als schleppend, schwerfällig und unsicher bezeichnet wird, ist dann auch von krankhfter Steifigkeit und der Neigung vorn über zu fallen die Rede.

Wie die Steifigkeit des Ganges, die Zitterkrämpfe dabei und das Vornüberfallen nur bei den Fällen der beiden letzten Gruppen zur Beobachtung kamen, so waren sie es auch ausschliesslich, bei denen Zeichen von Muskelanspannung zu Tage traten. Ich meine die Muskelstarre, welche sich bei passiven Bewegungen der Arme und Beine herausstellte. So war bei Fall IX in den Armen bei passiven Bewegungen immer eine sehr starke Starre vorhanden, auch in den Beinen konnte eine solche wiederholt festgestellt werden, bei der nächsten Beobachtung liess sich eine solche an den Armen feststellen. Der zwölfte Fall, welcher übrigens das Kniephänomen für gewöhn-

lich sehr stark bis zu klonischer Form, ausserdem auch an den Muskeln der Arme solche Erscheinungen und endlich den nach vorn gebeugten schwerfälligen Gang zeigte, hatte eine ausserordentlich starke Starre der Beine und Arme bei passiven Bewegungen, besonders an den Beinen. Auch der nächstfolgende Fall bot bei einer nach vorn gebeugten Gangart und sehr starkem Fuss- und Kniephänomen ähnliche Erscheinungen an den oberen und unteren Extremitäten; die vierzehnte Beobachtung solche in den Armen und ausserdem wurde hier beim Zurückhalten beobachtet, dass er sich in allen Gliedern ganz steif machte. Ebenso wurde bei den Fällen XV, XVI und XIX Starre der Arme bei passiven Bewegungen in ausgeprägter Weise festgestellt. Bei Beobachtung XVII, auf deren eigenthümliche Gangart oben aufmerksam gemacht wurde, waren immer starke Muskelspannungen in den Armen und Beinen vorhanden bei passiven Bewegungen. Dieser letztere Kranke zeigte auch im Sitzen häufig einen starken Tremor der Beine (neben solchem der Arme), ein Symptom, wie es ja ebenfalls von *Erb* angeführt wird und nach ihm offenbar nichts anderes ist, als das klonische Zittern bei passiver Dorsalflexion des Fusses. Bemerkenswerther Weise zeigte nun auch der in Rede stehende Kranke das Knie- und Fussphänomen für gewöhnlich in sehr ausgeprägtem Grade, zuweilen auch als einen Klonus. Ueberhaupt kamen Zitterkrämpfe in den Armen und Beinen nur bei den Fällen mit einer Erkrankung der Seitenstränge zur Erscheinung, während bei den ersten beiden Gruppen solche nicht notirt worden sind, obwohl hier wiederholt nach jeder Richtung Untersuchungen angestellt wurden, höchstens wird bei denselben von Beben und leichtem Zittern der Gesichtsmuskeln und Hände Erwähnung gethan.

Ausgesprochene und permanente Contracturen habe ich bei meinen Kranken nicht vorfinden können; die Beugung der rechten Hand und Finger, wie sie in der Krankengeschichte des elften Falles beschrieben und die auf eine Lähmung der Strecker bezogen wurde, da sie sich passiv immer sehr leicht ausgleichen liess, wird man kaum hierher zählen können, besonders da sie nach einem paralytischen Anfall auftrat, an den sich bald der Tod anschloss. Allerdings werden von *Erb* ge-

rade für die obere Extremität Contracturen in Beugestellung als besonders häufig angeführt.

Das Verhalten der Sensibilität, welches sich bekanntlich bei Paralytikern häufig nur schwierig genauer untersuchen lässt, zeigte indessen bei einigen Kranken der dritten und vierten Gruppe einige Male keine in die Augen fallenden Störungen. So liess sich bei dem neunten Fall eine Störung derselben an den Beinen nicht nachweisen. Bei den beiden Beobachtungen XVII und XVIII, welche bereits oben mehrfach hervorgehoben worden sind, wurde bei Nadelstichen in die Beine und Füsse lebhafte Schmerzempfindung geäussert; eine genauere Untersuchung war nicht möglich. Nur bei einem Kranken, Fall XIV, wird die Sensibilität ausdrücklich als gering bezeichnet. Allerdings waren auch bei der zweiten Gruppe keine bedeutende Störungen auf diesen Gebieten nachgewiesen worden, indessen werden ja auch von *Erb* Störungen dieser Art nicht vollständig ausgeschlossen und besonders bei Complication mit Hinterstrangentartung über das Auftreten solcher gesprochen.

Von einer Besprechung der Blasenstörungen kann ich wohl absehen, da dieselben bei der Paralyse vielfach auch auf den Blödsinn zurückzuführen sind, indem den Kranken der Urindrang nicht mehr zum Bewusstsein kommt. Im Allgemeinen scheint aber nach meiner Erfahrung die Incontinentia urinae bei den paralytischen Geisteskranken mit Hinterstrangentartung viel regelmässiger und hartnäckiger aufzutreten, als bei den übrigen Fällen.

Die Hirnerscheinungen, welche bei unseren Kranken zur Beobachtung kamen, sind natürlich auch nur auf die Erkrankung des Gehirns zu beziehen, und es liess sich ja vielfach auch eine Fortsetzung der Erkrankung der Pyramidenseitenbahnen durch die Pyramiden der Medulla oblongata bis in die Brücke und Theile der inneren Kapsel durch die mikroskopische Untersuchung von Zupfpräparaten nachweisen, so in den Fällen XI, XII, XVII und XVIII. Indessen hebt *Erb* bei Besprechung der pathologischen Anatomie, in welcher er von der amyotrophischen Sklerose als einer seiner spastischen Spinalparalyse verwandten Krankheitsform ausgeht, hervor, dass ja dabei auch die im Pons und Hirnschenkelfuss gelegenen Pyramidenbahnen

erkrankt sein können und nach *Flechsig* nichts der Annahme entgegensteht, dass sich die Veränderungen durch die innere Kapsel bis zur Hirnrinde fortsetzen. Bemerkenswerth erscheint mir hier auch der Kranke der fünften Beobachtung. Bei demselben waren in der inneren Kapsel, im Hirnschenkelfuss, in der vorderen Brückenabtheilung und in den Pyramiden der Oblongata bei der frischen mikroskopischen Untersuchung ziemlich zahlreiche Körnchenzellen vorhanden, während sie in den Pyramidenbahnen des Rückenmarkes sich nur vereinzelt nachweisen liessen und auch nach Erhärtung in Kali bichromicum und Behandlung mit Carmin keine Erkrankung der letzteren vorhanden war. Dieser Kranke bot nun ausser etwas schwerfälligem Gang keine der spastischen Spinalparalyse entsprechenden Erscheinungen. Hervorgehoben muss noch werden, dass auch bei den übrigen Fällen der zweiten Gruppe, welche keine solche Erscheinungen zeigten, bei fehlender Seitenstrangaffection, doch pathologische Befunde im Bereich der Grosshirnrinde vorhanden waren.

Es traten also bei unseren Fällen paralytischer Geistesstörung mit einer Erkrankung der Pyramidenseitenstrangbahnen und zum Theil auch der im Vorderstrang gelegenen Pyramidenbahnen mit oder ohne Degeneration der Hinterstränge, wie sie oben beschrieben worden ist, eine Reihe von Erscheinungen auf, die den von *Erb* geschilderten Symptomen der spastischen Spinalparalyse mehr oder weniger entsprachen. Wenn dieselben auch zum Theil nicht so hochgradig hervortreten, wie bei den ausgesprochenen Fällen von *Erb*, so muss man einmal berücksichtigen, dass auch bei *Erb* mancherlei Abstufungen der Erscheinungen beobachtet werden und anderseits bei unseren Paralytikern es wenigstens nach den Beobachtungen bei meinen Kranken nicht zu der hochgradigen Entartung der Seitenstränge mit zum Theil ganz vollständigem Schwund der Nervenfasern kommt, wie sie von *Erb* für seine Krankheitsform als wahrscheinlich vermuthet wird und sich auch in manchen hierhergehörigen ausgeprägten Beobachtungen vorgefunden hat. A u f G r u n d d e r a n g e f ü h r t e n E r ö r t e r u n g e n b i n i c h z u d e r A n n a h m e g e n e i g t, d a s s b e i e i n e r n i c h t g e r i n g e n A n z a h l v o n P a r a l y t i k e r n d i e

geschilderten Erscheinungen höchst wahrscheinlich auf der gleichzeitigen Erkrankung der Seitenstränge (Pyramidenbahnen) beruhen dürften. Allerdings sind nach meiner Meinung noch weitere und möglichst genauere Beobachtungen zur Entscheidung nöthig, doch habe ich bei dieser Arbeit mit meiner Ansicht nicht zurückhalten wollen. Ich weiss wohl, dass die Lehre der spastischen Spinalparalyse noch nicht fest begründet ist. Man vergleiche nur die neuere Arbeit von *Strümpell* über diesen Gegenstand (Beitr. z. Path. des Rückenm. Arch. f. Psych. Bd. X), doch scheint mir hier nicht der Ort zu sein, auf eine Darlegung und Besprechung der darüber erhobenen Controversen einzugehen. Speciell über diese Sache bei der Dementia paralytica sind mir ausführliche Arbeiten aus der psychiatrischen Literatur nicht bekannt. Eine Hindeutung finde ich nur im VIII. Bd. des Arch. f. Psych., wo *Westphal* in dem kurzen Aufsatz: Zur Diagnose der Degeneration der Hinterstränge des Rückenmarkes bei paralytischen Geisteskranken sich Mittheilungen über die Lokalisation der Rückenmarkserkrankung bei Paralytikern, welche das Kniephänomen sehr deutlich zeigten, vorbehält. Dann sprach er sich noch in der Sitzung der Berl. Med. Psych. Ges. vom 9. Juli 1877 dahin aus, dass eine Gruppe von paralytischen Kranken das Kniephänomen sehr stark zeigt, ähnlich wie bei Fällen der Sclerose der Seitenstränge.

Ich habe auf Grund der erörterten Symptome bei einigen der mitgetheilten Beobachtungen schon bei Lebzeiten die Wahrscheinlichkeitsdiagnose einer Erkrankung der Seitenstränge gestellt, allerdings dabei die Möglichkeit einer Betheiligung der Hinterstränge nicht ausgeschlossen. Es stellt sich also für die Paralyse eine weitere Möglichkeit in Betreff der Rückenmarksdiagnose in Aussicht, während bis jetzt eigentlich nur die tabetische Erkrankung der Hinterstränge mit Sicherheit dabei diagnosticirt werden konnte.

Unter den zur Zeit sich noch am Leben befindlichen paralytischen Geisteskranken unserer Anstalt sind drei, bei denen ich eine Entartung der Hinterseitenstränge resp. Vorderstränge vielleicht auch der Hinterstränge in einer gewissen Ausdehnung und Stärke als wahrscheinlich vermuthe. Zwei von diesen

Fällen betreffen die beiden weiblichen Paralysen, welche oben bei Besprechung der Beziehungen zwischen den Sehnenphänomen und den paralytischen Anfällen schon erwähnt worden sind und welche für gewöhnlich sehr starke Sehnenphänomene sowohl an den Beinen und Armen aufweisen. Ausserdem finden sich bei denselben auch starke Muskelanspannungen an Armen und Beinen bei passiven Bewegungen und ist der Gang schwerfällig, paretisch, häufig auch steif und mit einer Neigung nach vorn. Bei Nadelstichen an Armen und Beinen kommt es zu lebhaften Zeichen des Schmerzes, auch wird mit der Hand nach der gestochenen Stelle gegriffen; weitere Prüfungen sind nicht möglich. Noch prägnanter treten solche Erscheinungen bei dem dritten Kranken, einem männlichen Paralytiker, hervor. Derselbe zeigt die sogenannte klassische Form der Dementia paralytica. Das Knie- und Fussphänomen sind beiderseits bei ihm in sehr starkem Grade vorhanden, vielfach lassen sie sich in klonischer Form auslösen; auch an den Adductoren der Oberschenkel lassen sich Contractionen durch Klopfen auf die Sehnen und den Muskelbauch auslösen, letzteres gelingt auch am Quadriceps und dem Gastrocnemius, wie ich dies auch bei einigen anderen Paralytikern nachweisen konnte. Einige Male traten wahre Zitterkrämpfe der Beine auf. Auch an den Armen lassen sich diese Erscheinungen zum Theil in sehr starkem Grade nachweisen. So beiderseits vom Triceps und Biceps, dann von verschiedenen Muskeln sowohl Streckern und Beugern am Vorderarm, wodurch die Hand und die Finger in mannigfacher Weise in plötzliche Bewegung gesetzt werden; ab und zu treten auf einen einmaligen Reiz mehrere Contractionen hintereinander auf. Die Haltung des Kranken ist meistens eine ausserordentlich steife, er hat die Arme dicht an den Körper angeschlossen, im Ellenbogengelenk etwas gebeugt, die Hand pronirt und gebeugt, die Finger fest eingeschlagen. Die Beine werden ebenfalls dicht aneinander geschlossen, beim Gehen auf dem Boden vorgeschoben, schleifen auf dem Boden; ein ataktisches Schleudern ist dabei nicht zu sehen. Zuweilen ist beim Gang ein leichtes Schwanken wahrnehmbar, meist aber nicht. Oft ist beim Gehen ein starkes Vornüberneigen vorhanden und stürmt der Kranke häufig

in sehr raschem Tempo durch den Garten. Der Kopf ist dabei stark nach vorn gebeugt, so dass das Kinn fest auf der vorderen Halsseite aufliegt. Diese steife Haltung ist auch beim Sitzen vorhanden und wenn der Kranke auf der Bank liegt ebenfalls, ausserdem lässt sich dann die Rigidität seiner Muskeln dadurch erkennen, dass er dabei oft stundenlang mit dem oberen Drittel des Rückens frei über das Ende der Bank hinausragt und in dieser unbequemen Stellung den Kopf unverrückt in halber Beugestellung festhält. Bei passiven Bewegungen der Arme und Beine ist für gewöhnlich ein ausserordentlicher Widerstand vorhanden und ist dies auch am Kopf und an der Faust ausgeprägt. In Betreff der Sensibilität zeigt auch dieser Kranke bei Nadelstichen in den Armen und Beinen eine lebhafte Empfindung und greift auch mit der Hand nach der gestochenen Stelle; Lokalisationsversuche sind bei ihm nicht ausführbar.

Zum Beschluss noch einige kurze Bemerkungen über das Verhältniss zwischen den Hautreflexen und Zustande der Pupillen einerseits und den Sehnenphänomenen anderseits. Was die Hautreflexe betrifft, so liess sich auch bei unseren Paralytikern erkennen, dass die Sehnenerscheinungen nicht immer mit denselben parallel gehen, denn bei zwei Kranken der ersten Gruppe (Fall I und II), welche ein vollständiges Fehlen des Knie- und Fussphänomens zeigten, waren die Hautreflexe ganz gut erhalten, und auch bei der fünften Beobachtung, bei welcher das Kniephänomen für gewöhnlich nur mässig nachzuweisen war, bestand keine verminderte Reflexerregbarkeit bei Nadelstichen in die Haut und andrerseits waren bei einem Kranken mit starkem Sehnenphänomen bis zum zeitweiligen Auftreten eines Klonus (Fall XIV) mehrfach keine Reflexzuckungen von der Haut zu erhalten. Dieser Befund entspricht der allgemeinen Ansicht, wie es ja schon von *Westphal* und *Erb* ausgesprochen worden ist.

Aehnlich verhält es sich auch in Beziehung zu den Pupillen. Bei unseren tabetischen Kranken sind sie allerdings meist als eng angegeben worden, doch andrerseits finden sich auch bei den Kranken der zweiten und dritten [illegible]e, als denjenigen mit sehr starken Sehnenphänomenen,

vielfach anhaltend enge Pupillen notirt. Bei zwei noch in der Beobachtung befindlichen Paralytikern ohne Knie- und Fussphänomen, von denen der eine auch sehr ausgeprägte Ataxie und Sensibilitätsdefecte hat, wärend sie bei dem anderen weniger stark vorhanden sind, zeigen die Pupillen eine mittlere Weite, zuweilen auch darüber hinaus. Zu einem ähnlichen Resultate ist auch *Muhr* in dem in der Einleitung erwähnten Aufsatze gelangt, wo es unter Anderem heisst: „Eine Vermuthung auf das Fehlen oder Eintreffen des Kniephänomens kann weder aus dem Verhalten der Pupillen u. s. w. gewonnen werden!"

Nachtrag.

Die vorliegende Arbeit war bereits im August v. J. zum Druck eingeschickt worden, doch hat sich der letztere bis jetzt verzögert. Seitdem sind nun weitere Mittheilungen über die Sehnenphänomene erschienen. Von denselben dürfte die wichtigste die in No. 1 d. 18. Jahrg. d. Berl. Kl. Wochenschr. veröffentlichte Arbeit von *Westphal* sein: Ueber das Verschwinden und die Lokalisation des Kniephänomens. Derselbe ist darin u. A. an die Beantwortung der Frage herangetreten, welche Partien der Hinterstränge des Lendentheils sind es — die äusseren oder medialen — deren Erkrankung mit dem Erlöschen des Kniephänomens zusammenfällt? Auf Grund eines zur Section gelangten Falles erklärt er die von ihm schon früher ausgesprochene Ansicht, wonach das Verschwinden des Kniephänomens mit einer Erkrankung der äusseren Partie der Hinterstränge im Lendenmark zusammenfallen werde, nunmehr für positiv begründet. Es ist dies von Interesse für die Kranken unserer zweiten Gruppe, bei denen ja das Phänomen vorhanden war, trotzdem die Entartung der Hinterstränge bis hinab in das Lendenmark reichte. Die Ursache dieses Verhaltens hatte ich neben der Intensität der Erkrankung auch in der Ausdehnung derselben vermuthet. Im Anschluss an den Aufsatz *Westphal's* dürfte nun wohl das Hauptgewicht auf die Lokalisation der Entartung zu legen sein, welche in drei Fällen ausschliesslich die inneren der Längsspalte anliegenden Theile

zum Theil bis hinab in die Lendenanschwellung einnahm, während in einem Falle sich der Degenerationsstreifen an der Grenzlinie zwischen Goll'schem und Burdach'schem Strange nur bis zur Gegend der ersten Lendennerven nachweisen liess, also wenigstens nicht in die Lendenanschwellung sich hinein erstreckte. Aehnliche Beobachtungen sind inzwischen auch von anderer Seite veröffentlicht worden, so u. A. von *Strümpell* im Arch. f. Psych. B. XI., doch sind mir dieselben erst nach Absendung meines Manuscriptes zu Gesicht gekommen.

Endlich will ich noch erwähnen, dass von den 3 oben (S. 206—208) erwähnten paralytischen Geisteskranken, bei denen ich eine Entartung der Hinterseitenstränge resp. Vorderstränge (vielleicht auch der Hinterstränge) als wahrscheinlich vermuthete, die beiden weiblichen Kranken inzwischen zur Section gelangt sind. Die frische und sonstige mikroskopische Untersuchung hat bei beiden eine Degeneration der Hinterseitenstränge ergeben, welche im Wesentlichen den Pyramidenbahnen entspricht. In den Vordersträngen fehlt eine ausgesprochene pathologische Veränderung. Die Hinterstränge zeigen nur bei der einen Kranken (No. 2) eine auf die Goll'schen Stränge beschränkte Entartung im Halsmark und im Beginn des Brustmarks. Bei der Kranken mit der Parese des linken Armes, welche bis zum Tode bestehen blieb, ist die Degeneration der Hinterseitenstränge links stärker ausgesprochen; ein entsprechender cerebraler Heerd hat sich übrigens nicht nachweisen lassen.

Zur „conträren Sexualempfindung" in klinisch-forensischer Hinsicht.

Eine der sonderbarsten Erscheinungen in der Naturgeschichte des Menschen, die jedoch neuerdings auch bei gewissen Käfern [1]) vorgefunden worden sein soll, ist der Mangel der Geschlechtsempfindung gegenüber dem anderen, bei stellvertretendem Geschlechtsgefühl und Geschlechtstrieb zum eigenen Geschlecht — die conträre Sexualempfindung [2]), wie sie *Westphal* treffend genannt hat. Diese bei Männern wie auch bei Weibern angeboren vorkommende Anomalie war schon im Alterthum bekannt und bis auf die Neuzeit in ihrer Befriedigung Gegenstand strafrechtlicher Verfolgung. Erst durch *Casper* (1852) als eine krankhafte Naturerscheinung erkannt, von *Westphal* wissenschaftlich erforscht und bezeichnet, sind die Akten naturwissenschaftlicher Forschung über diese anthropologisch wie auch klinisch und forensisch wichtige Anomalie noch lange nicht geschlossen. Schon *Westphal* wirft die Frage auf, ob sie immer Symptom eines neuro- oder eines psychopathischen Zustands sei, oder auch als isolirte Erscheinung vorkommen könne.

---

[1]) *Ulrichs*, Kritische Pfeile, Leipsig 1880, p. 22 verweist auf die Zeitschrift Isis 1834, p. 737; entomolog. Zeitg. (Stettin) 1848, p. 160, 1849, p. 63, 1850, p. 327, 1879, p. 116; Annal. de la société entomol. de France 1859, p. 567, 1863, p. 663 u. A.

[2]) Vgl. des Verf.s Aufsatz „über gewisse Anomalien des Geschlechtstriebs" im Archiv f. Psychiatrie 1877, VII. mit Angabe der bezügl. Literatur. S. f. *Rosenbaum*, d. Lustseuche im Alterthum. Halle 1839. *Tardieu*, des attentats aux moeurs. 5. édit. Paris 1867. *Hofmann*, Lehrb. d. ger. Med. 1881. 2. Aufl. p. 164.

In meiner Arbeit (1877) habe ich auf die Wahrscheinlichkeit hingewiesen, dass die conträre angeborene Sexualempfindung als Theilerscheinung eines neuropsychopathischen, meist hereditären Zustands klinisch zu betrachten sei und die Bedeutung eines functionellen Degenerationszeichens habe. Dem genaueren Studium dieser Anomalie steht die in vielen Ländern noch geübte strafgerichtliche Verfolgung der ihrem perversen Geschlechtstrieb Folge gebenden Personen und ihre begreifliche Scheu, ihr Geheimniss zu verrathen, störend entgegen. So kommt es, dass in der Literatur bis 1877 nur 13 Fälle von dieser conträren Sexualempfindung berichtet sind (vgl. m. citirten Aufsatz) und von diesen sind manche nur ganz aphoristisch mitgetheilt. Dazu kommt seither ein von *Tamassia* (Rivista sperimentale 1878 fascic. 1) veröffentlichter. Ein günstiger Zufall hat mir im vergangenen Jahr Gelegenheit verschafft, 3 hierhergehörige Fälle eingehend untersuchen zu können. Sie betreffen sämmtlich Männer aus den höheren Kreisen der Gesellschaft und bieten manche Anhaltspunkte für das klinische Verständniss der sexuellen Anomalie, sodass ihre Veröffentlichung zweckdienlich sein dürfte.

Beob. 1. Graf Z., 37 J., ledig, stammt von einem irrsinnigen Vater. Die Mutter starb apoplectisch. 9 Geschwister des Patienten sind angeblich gesund und normal an Körper und Geist. Graf Z. war als Kind rhachitisch, entwickelte sich körperlich und geistig langsam bis zum 10. Jahre, von da an gut. Vom 11. Jahre an ergab er sich der Onanie, der er bis auf die letzte Zeit fröhnte. Vom 13. Jahre an bot er die Erscheinungen einer Neurasthenia spinalis. Er war von Kindsbeinen auf charakterologisch abnorm, still, leutschen, zu Grübeleien geneigt, bis zu Erscheinungen von Folie de doute, excentrisch in seinen Anschauungen, schwärmerisch in Bezug auf Kunst und Literatur, sehr emotiv und impressionabel. Pat. absolvirte Jura, wandte sich dann der militärischen Laufbahn zu, avancirte rasch. 1876 entwickelte sich unter Steigerung der neurasthenischen Beschwerden das Bild eines masturbatorischen Verfolgungswahns mit electromagnetischer Interpretation der krankhaften Sensationen. Pat. kam schliesslich in die Irrenanstalt, wo es sich herausstellte, dass er mit angeborener Verkehrung der Geschlechtsempfindung behaftet ist.

Pat. erinnert sich und es wird dies auch von seinen Angehörigen bestätigt, dass er schon als Kind mit Vorliebe weibliche Spiele machte, sich mit Puppen beschäftigte und von Knabenspielen nichts wissen wollte.

Es war zum erstenmal im 11. Jahre, dass ein Mann in einer Kirche

einen fascinirenden Eindruck auf ihn machte. Vom 13. Jahre an hat er sich zu älteren männlichen Individuen unwiderstehlich hingezogen gefühlt. Er verliebte sich damals in einen schönen älteren Mann. Es war seine glücklichste Zeit. Seine Liebe war eine leidenschaftliche, durch Nichterwiederung unglückliche. Es fehlte nicht an Thränen, Eifersucht, Weltschmerz. Er versuchte sich mit Onanie zu befriedigen, aber es gelang ihm nicht, seinem sehnsuchtsvollen Drang Genüge zu leisten, obwohl sich ihm bei dem Act wollüstige Gedanken an geliebte männliche Personen einstellten. Später sei ihm wiederholt das höchste Glück mit Männern geschlechtlich zu verkehren, beschieden gewesen. Er kommt in's Weinen bei der Erinnerung an gewisse männliche Geliebte. Er schildert Gefühle der Wollust vom Scheitel bis zur Fusssohle herab, die er bis zur Exstase bei der Annäherung ihm sympathischer Männer empfand. Es werde wohl ähnlich gewesen sein, wie wenn ein Mann ein schönes Weib liebend umfängt. Mit der Zeit (zunehmende reizbare Schwäche ex masturbatione) genügte selbst ein Händedruck, ja sogar der blosse Anblick, um solche Wollustgefühle bei ihm hervorzurufen. Seit 1877 kam es bei solcher Gelegenheit sogar zu Samenerguss. Auch in seinen Träumen hatte er oft wollüstige Bilder von Männern, womit dann Pollutionen eintraten. Einen besonderen ästhetischen Genuss empfand er jeweils beim Anblicke schöner Statuen und Bildern von Männern. Er denkt sich ähnlich den Genuss eines anders gearteten Mannes, der eine schöne Venusstatue bewundert. Mit besonderer Vorliebe will er in den Circus gegangen sein und sich auch immer für einen oder den anderen Athleten interessirt haben. Pat. hat niemals sich für Frauen interessirt, nur ungern getanzt und dabei immer bedauert, dass er nicht mit Männern tanzen konnte. Damengesellschaft langweilte ihn, höchstens dass das geistreiche Wesen der oder jener Dame ihn ansprach. Nie jedoch fühlte er auch solchen gegenüber irgend eine sinnliche Regung. Mit 20 J. musste er einmal honoris causa in Gesellschaft von Kameraden ein Bordell mit besuchen. Er zwang sich zum Beischlaf, reüssirte nicht und verabscheute seitdem geschlechtliche Beziehungen zu Weibern, während diese ihm bisher nur gleichgültig gewesen waren.

Es war zum erstenmal mir gegenüber, dass Pat. sich dazu herbeiliess, das Geheimniss seines Geschlechtslebens zu besprechen. Pat. ist weder unglücklich über die Verkehrung seiner Geschlechtsempfindung, noch vermag er sie als eine krankhafte zu erkennen. Er könne dies um so weniger, als er sich vom Umgang mit Männern sittlich gehoben, glücklich und erleichtert fühle. Wie könne das krankhaft sein, was einen Menschen glücklich mache und zu Schönem und Edlem begeisterel Sein einziges Unglück sei, dass gesellschaftliche Schranken und strafgesetzliche Bestimmungen der „naturgemässen" Entäusserung seines Triebs im Wege stehen. Das sei eine grosse Härte.

Als ich Pat. andeute, dass die bezügl. Gesetzgebung einer für ihn günstigen Reform entgegensehe, leuchtet er ganz auf und lässt sich in weitere

Details über seinen Zustand ein. Er fühle sich ganz weiblich dem Manne gegenüber. Es komme ihm vor, dass er einen ganz weiblichen Charakter habe und dass die Form seines Beckens durchaus weiblich sei.

Er glaube, dass er eine Art Zwitter sei und neben männlichen Genitalien einen weiblichen Eierstock besitze. Die Position der Anderen in geschlechtlicher Hinsicht findet er ganz natürlich, aber ebenso die seinige. Seine Gefühle beim Zusammensein mit männlichen Individuen sind Gefühle der Wollust und Seligkeit; er fühlt sich dann frei, glücklich, gehoben. Von Männern sind ihm nur gewisse Individuen sympathisch, namentlich junge und schön geformte. Päderastie verabscheut er. Eine Umarmung, wobei seit 1877 regelmässig eine Samenergiessung erfolge, genügt ihm, ein höherer Genuss sei ihm jedoch zugleich die Genitalien des Anderen zu berühren. Umarmung, Küssen eines geliebten Mannes und Zusammenschlafen mit ihm wäre sein Höchstes, aber einen Nebenbuhler könnte er dann nicht ertragen. Leider sei er meist in seinem bisherigen Leben genöthigt gewesen, sich mit Onanie auszuhelfen, von der er aber nie recht befriedigt gewesen sei. Das sei nur ein schlechter Nothbehelf für Männerumarmung.

Pat. ist ein grosser, kräftig gebauter Mann, von durchaus männlichem Habitus, normal entwickelten Genitalien, männlicher Stimme, Haltung, Kleidung und Beschäftigung. Niemand unter seinen Verwandten und Bekannten hatte jemals das bisher vom Pat. sorgfältig bewahrte Geheimniss seiner perversen Geschlechtsempfindung auch nur geahnt.

Der Kranke ist intellectuell gut begabt gewesen, ein offener, nobler Charakter. Eine edle Empfindung giebt sich auch in von ihm verfassten Gedichten kund, deren tiefe, warme Empfindung, männlich kraftvolle Sprache und Gegenstand nichts weniger als eine weiblich fühlende Natur erkennen lassen.

Beob. 2. Am 1. Mai 1880 wurde der Grazer psychiatr. Klinik ein Literat, Dr. phil. G., von der Sicherheitsbehörde zugeführt. G. hatte auf der Durchreise aus Italien in Graz einen Soldaten gefunden, der ihm gefiel und gegen Bezahlung sich dem G. hingegeben, aber schliesslich G. bei der Polizei denuncirt hatte. Da dieser mit der grössten Ungenirtheit seine Liebe zu Männern vertheidigt hatte, fand die Polizeibehörde seinen Geisteszustand zweifelhaft und übergab G. irrenärztlicher Beobachtung. G. erzählte uns Aerzten mit cynischer Offenheit, dass er schon in M. vor Jahren wegen einer solchen Geschichte mit der Polizei zu thun hatte und 14 Tage im Gefängniss sass. In südlichen Ländern habe man kein Bedenken gegen solche Leute wie er, nur in Deutschland und Oesterreich nehme man die Sache übel.

G. ist 50 J. alt, gross, kräftig, von lüsternem Blick, cynischem, coquettem Wesen. Das Auge hat einen neuropathischen, schwimmenden Ausdruck, die Zähne des Unterkiefers stehen gegen die des Oberkiefers weit zurück. Der Schädel ist normal, die Stimme männlich, der Bartwuchs reich-

lich. Die Genitalien sind wohlgebildet, die Hoden jedoch etwas klein. Vegetativ bietet G. ausser leichtem Emphysem der Lungen und einer äusseren Fistel am Anus nichts Bemerkenswerthes. G.'s Vater litt an periodischem Irresein, die Mutter war eine „überspannte" Person, eine Schwester derselben irrsinnig. Von 9 Geschwistern des G. starben 4 in frühen Jahren.

G. will bis auf Scrophulose gesund gewesen sein. Er erwarb den Grad eines Dr. philos., litt im 25. Jahre an Hämoptoë, ging nach Italien, wo er seither mit kurzen Unterbrechungen von Schriftstellerei und Privatstunden lebte. G. theilt mit, dass er oft an Congestionen litt, auch an etwas „Spinalirritation", d. h. es thue ihm der Buckel weh, sonst sei er aber frohen Muthes, nur immer schlecht bei Kasse, dabei habe er einen guten Appetit, wie alle „alten Hetären". Er berichtet weiter mit grossem Behagen und bemerkenswerthem Cynismus, er besitze eine angeborene „conträre Sexualempfindung". Schon mit 5 J. war es seine grösste Lust, eines Penis ansichtig zu werden und er lungerte um die Anstandsorte, um dieses Glückes theilhaftig zu werden. Schon vor der Pubertät habe er Onanie betrieben. In der Pubertätszeit bemerkte er ein inniges Gefühl für Freunde. Ein dunkler Drang zeigte ihm den Weg, den seine Liebe nehmen werde. Es trieb ihn förmlich, andere junge Männer zu küssen und hie und da den Penis eines solchen zu liebkosen. Erst mit 26 Jahren begann er in sexuellen Verkehr mit Männern zu treten, denen gegenüber er sich als Weib fühlte. Schon als Knabe war es seine grösste Lust sich als Weib zu kleiden. Er bekam oft Prügel vom Vater, weil er zur Befriedigung seines Dranges die Kleider seiner Schwester anzog. Wenn er einmal ein Ballet sah, so interessirten ihn nur die Tänzer, nicht die Tänzerinnen. Seit er sich erinnere, habe er einen Horror feminae. Wenn er je ein Bordell besuchte, that er es nur um junge Männer zu sehen. Er sei ja „Concurrent der H....". Wenn er einen jungen Mann erblicke, sehe er ihm zuerst auf die Augen; falls ihm die gefallen, komme der Mund dran, ob der zum Küssen geschaffen sei, dann schaue er auf die partes genitales, ob sie auch gut entwickelt seien. G. weist mit grossem Selbstgefühl auf seine dichterischen Werke hin und macht geltend, dass Leute seines Schlages durchweg poetisch begabte Naturen seien. Er führt als Belege Voltaire, Friedrich d. Gr., Eugen v. Savoyen, Platen an, sowie zahlreiche bedeutende Männer der Gegenwart, die nach seiner Behauptung „Urninge" sind. Sein höchster Genuss sei, einen jungen sympathischen Mann zu haben, der ihm seine (G.'s) Verse vorlese. Im letzten Sommer habe er einen solchen Geliebten gehabt. Als der von ihm scheiden musste, sank er untröstlich zusammen, ass, schlief nicht mehr, bis er allmälig seine Fassung wieder gewann. Die Liebe der Urninge sei eine schwärmerische, innige. In Neapel leben nach seiner Angabe die „Effeminelli" in einem Viertel, gerade wie in Paris die Grisetten mit ihren Amants zusammen. Sie opfern sich für ihren Geliebten, sorgen für deren Haushalt, gerade wie diese. Dagegen stossen sich Urning und Urning ab, „wie 2 H....", das ist der Neid.

Das Bedürfniss nach mannmännlichem Umgang ist bei G. etwa 1 mal wöchentlich vorhanden. Er fühlt sich glücklich bei seiner eigenartigen geschlechtlichen Empfindungsweise, die er zwar als abnorm betrachtet, keineswegs aber als krankhaft und unberechtigt erkennen kann. Er meint, ihm und seinen Genossen bliebe nichts übrig, als das Unnatürliche, das in ihnen wohne, zum Uebernatürlichen zu erheben. Die urnische Liebe erkennt er als die höhere, ideale, als die gottähnliche abstracte Liebe. Als wir ihn aufmerksam machen, dass eine derartige Liebe den Zwecken der Natur und der Erhaltung der Gattung zuwiderlaufe, meint er pessimistisch, die Welt solle nur aussterben und sich allein um ihre Axe drehen, ohne Menschen, die doch nur zur Qual da seien. Zur Begründung und Erklärung seiner abnormen Geschlechtsempfindung knüpft G. an Plato an, „der doch gewiss kein Schweinhund war". Schon Plato stellte den sinnbildlichen Satz auf, die Menschen seien früher Kugeln gewesen; die Götter hätten diese in 2 Scheiben getrennt. Meist passe nun Mann auf Weib, zuweilen aber auch Mann auf Mann. Da sei die Gewalt des Vereinigungstriebs ebenso mächtig und sie erfrischten einander ebenfalls von vorn. G. theilt weiter mit, dass seine Träume, wenn sie erotische waren, niemals Weiber, sondern stets nur Männer zum Gegenstand hatten. Die männliche Liebe sei die einzige Art, die ihn befriedigen könne. Er halte es für abscheulich, einem anderen Menschen mit dem Penis im Bauch herumzustieren. Wie er gehört habe, werde auf diese abscheuliche Weise der Coitus gewöhnlich ausgeführt. Er habe noch nie Neigung gehabt, sich über die Genitalien eines Weibes zu informiren, das widere ihn geradezu an. Seine Geschlechtsbefriedigung halte er für kein Laster, sondern für eine Naturgewalt, die ihn dazu zwinge. Es gelte die Selbsterhaltung. Die Onanie sei ein jämmerliches Auskunftsmittel, zudem schädlich, während die urnische Liebe sittlich erhebe und körperlich kräftige.

Mit sittlicher Entrüstung, die sich seinem sonstigen Cynismus gegenüber komisch ausnimmt, eifert er gegen die Zusammenwerfung der Urninge mit den Päderasten. Er verabscheue den Podex, der ein Secretionsorgan sei. Der Verkehr der Urninge sei stets von vorn und eine combinirte Onanie.

Soweit die Schilderungen G.'s, dessen geistige Persönlichkeit jedenfalls eine originär abnorme ist. Beweis dafür sein Cynismus, seine unglaubliche Frivolität in der Anwendung seiner Ansichten auf das religiöse Gebiet, auf dem wir ihm nicht folgen können, ohne gegen die auch einer wissenschaftlichen Untersuchung gezogene Grenze zu verstossen, seine verschrobene philosophische Begründung seiner perversen Geschlechtsempfindung, seine verschrobene Weltanschauung, sein ethischer Defect nach jeder Richtung, sein vagabundenhafter Lebenslauf, sein verschrobenes Wesen und Aeussere. G. macht den Eindruck eines originär verrückten Menschen.

Beob. 3. Krankengeschichte. Herr von H., 30 J. alt, ledigen Standes, stammt von einer neuropathischen Mutter. Nerven- und Geistes-

krankheiten sollen in der Familie des Kranken nicht vorgekommen und der einzige Bruder desselben geistig und körperlich vollkommen normal sein. Pat. soll sich körperlich spät entwickelt haben, schwächlich und deshalb mehrfach in Seebädern und klimatischen Curorten gewesen sein. Er war von Kindsbeinen auf von neuropathischer Constitution und nach dem Zeugniss seiner Verwandten nicht wie andere Knaben. Früh fiel seine Abneigung gegen männliche Beschäftigung und seine Vorliebe für weibliche Spielereien auf. So verabscheute er alle Knabenspiele und gymnastischen Uebungen, während das Spiel mit Puppen und weibliche Arbeiten für ihn besonderen Reiz hatten. Pat. entwickelte sich in der Folge körperlich gut, blieb frei von schwereren Erkrankungen, aber geistig blieb sein Wesen abnorm, einer ernsteren Lebensauffassung unzugänglich und von entschieden weiblicher Gefühls- und Gedankenrichtung.

Im 17. Lebensjahre zeigten sich Pollutionen, die gehäuft, schliesslich auch bei Tage auftraten, den Kranken schwächten und mannigfache nervöse Störungen hervorbrachten. Es entwickelten sich Erscheinungen von Neurasthenia spinalis, die bis auf die letzten Jahre fortdauerten, mit dem Seltenerwerden der Pollutionen aber sich verminderten. Onanie wird in Abrede gestellt, ist aber sehr wahrscheinlich. Eine schlaffe, weichliche, träumerische Gedankenrichtung machte sich seit der Pubertätszeit immer mehr bemerklich. Vergebens waren die Bemühungen, den Kranken zu einem eigentlichen Lebensberuf zu bringen. Seine intellectuellen Functionen, wenn auch formal ganz ungestört, erhoben sich nicht zur Höhe wirksamer Leitmotive eines selbstständigen Charakters und höherer Lebensanschauungen. Er blieb unselbstständig, ein grosses Kind und nichts bezeichnet deutlicher seine originär abnorme Artung, als seine thatsächlichen Unfähigkeit, mit Geld umzugehen und sein eigenes Geständniss, dass er für eine geordnete vernünftige Geldgebahrung kein Verständniss habe und sobald er Geld besitze, dasselbe für Antiquitäten, Toilettegegenstände u. dgl. Allotria verausgabe.

Ebenso wenig fähig wie zu einer vernünftigen Geldwirthschaft erschien Pat. zur Erringung einer socialen Existenz, ja nur zur Einsicht in deren Bedeutung und Werth.

Er lernte nichts Ordentliches, verbrachte seine Zeit mit Toilette und künstlerischen Tändeleien, namentlich Malen, wozu er eine gewisse Befähigung zeigte, aber auch hierin leistete er nichts, da es ihm an Ausdauer fehlte. Zu einer ernsten Gedankenarbeit war er nicht zu bringen, er hatte nur Sinn für Aeusserlichkeiten, war immer zerstreut, von ernsten Dingen gleich gelangweilt. Verkehrte Streiche, sinnlose Reisen, Geldverschwenden, Schuldenmachen kehren in seinem ferneren Leben immer wieder und selbst für diese positiven Fehler seiner Lebensführung fehlte ihm das Verständniss. Er war eigenwillig, untraitabel und that nirgends gut, sobald man nur den Versuch machte, ihn auf eigene Füsse zu stellen und ihn selbst seine Interessen wahrnehmen zu lassen.

Mit diesen Erscheinungen einer originär abnormen und defectiven psy-

chischen Artung gingen bemerkenswerthe Zeichen einer perversen geschlechtlichen Empfindung einher, die auch in dem somatischen Habitus des Patienten angedeutet sich vorfinden. Patient fühlt sich geschlechtlich als Weib dem Manne gegenüber und empfindet Zuneigung zu Personen des eigenen Geschlechts, bei Gleichgültigkeit, wenn nicht geradezu Abneigung gegen Personen des weiblichen. Er will zwar im 22. J. mit Weibern geschlechtlich verkehrt und in normaler Weise den Beischlaf ausgeübt haben, aber theils wegen Steigerung der neurasthenischen Beschwerden jeweils nach dem Coitus, theils aus Angst vor Ansteckung, wesentlich aber aus mangelnder Befriedigung will er sich bald vom weiblichen Geschlecht abgewandt haben. Ueber seine abnorme sexuelle Lage ist er sich nicht ganz klar, einer Hinneigung zum männlichen Geschlecht ist er sich bewusst, gesteht aber verschämt nur zu, dass er gewissen männlichen Personen gegenüber ein beseligendes Gefühl der Freundschaft empfinde, ohne dass sich ein sinnliches Gefühl beigeselle. Das weibliche Geschlecht perhorrescirt er gerade nicht, er könnte sich sogar entschliessen, ein Weib, das ihn durch gesinnungsverwandte künstlerische Neigungen anzöge, zu heirathen — wenn ihm nur die ehelichen Pflichten, die ihm unangenehm wären und deren Leistung ihn matt und schwach mache, erlassen blieben. Dass Pat. schon mit Männern geschlechtlich verkehrt habe, stellt er in Abrede, aber sein Erröthen und seine Verlegenheit dabei, noch mehr ein Vorfall in N., wo Pat. vor einiger Zeit im Gasthaus geschlechtlichen Umgang mit jungen Leuten versucht und einen Skandal provocirt haben soll, strafen ihn Lügen.

Auch die äussere Erscheinung, Habitus, Körperbau, Gesten, Manieren, Toilette sind auffällig und erinnern entschieden an weibliche Formen und Verhältnisse. Pat. ist zwar über mittlerer Grösse, aber Thorax und Becken sind von entschieden weiblicher Bildung. Der Körper ist fettreich, die Haut wohl gepflegt, zart, weich. Dieser Eindruck eines Weibes in männlicher Kleidung wird gesteigert durch den spärlichen Haarwuchs im Gesicht, der zudem bis auf ein Schnurrbärtchen rasirt ist, den tänzelnden Gang, das schüchterne, gezierte Wesen, die weichlichen Züge, den schwimmenden neuropathischen Ausdruck der Augen, die Spuren von Puder und Schminke, den stutzermässigen Zuschnitt der Kleidung mit busenartig hervortretendem Oberkleid, die gefranste, damenartige Halsschleife und das von der Stirn abgescheitelte, glatt zu den Schläfen abgebürstete Haar.

Die körperliche Untersuchung lässt den zweifellos weiblichen Bau des Körpers erkennen. Die äusseren Genitalien sind zwar gut entwickelt, jedoch ist der linke Hode im Leistenkanal zurückgeblieben, die Behaarung des Mons Veneris schwach und dieser ungewöhnlich fettreich und prominent. Die Stimme ist hoch, ohne männlichen Timbre.

Auch die Beschäftigungs- und Denkweise des v. H. ist eine entschieden weibliche. Er hat sein Boudoir, seinen wohlassortirten Toilettetisch, an dem er Stundenlang mit allen möglichen Verschönerungskünsten zubringt, perhorrescirt Jagd, Waffenübungen u. dgl. männliche Beschäftigung, be-

zeichnet sich selbst als einen Schöngeist, spricht mit Vorliebe von seinen Malereien und dichterischen Versuchen, interessirt sich für weibliche Arbeiten, die er, wie z. B. Sticken, auch ausübt und bezeichnet als sein höchstes Glück sein Leben in einem künstlerisch gebildeten, ästhetisch feinfühligen Kreis von Herren und Damen mit Conversation, Musik, Aesthetik u. dgl. zubringen zu können. Seine Conversation dreht sich vorwiegend um weibliche Angelegenheiten — um Moden, weibliche Handarbeiten, Kochkunst, Haushaltungsangelegenheiten.

Pat. ist wohlgenährt, jedoch etwas anämisch. Er ist von neuropathischer Constitution und bietet Symptome von Neurasthenie, die durch eine verfehlte Lebensweise, zu langen Aufenthalt im Bett, im Zimmer, Verweichlichung unterhalten werden.

Er klagt über zeitweisen Kopfschmerz und Kopfdruck, habituelle Constipation, schreckt leicht zusammen, klagt über zeitweise Mattigkeit, Müdigkeit, ziehende Schmerzen in den Extremitäten und in der Richtung der Lumboabdominalnerven, fühlt sich nach Pollutionen und regelmässig nach dem Essen müde, abgespannt, ist empfindlich bei Druck auf die Proc. spinos. der Brustwirbel, wie auch bei Durchtastung der zugänglichen Nervenstämme. Er fühlt eigenthümliche Sym- und Antipathien gegenüber gewissen Personen, geräth bei der Begegnung antipathischer Leute in Zustände eigenthümlicher Angst und Verwirrung. Seine Pollutionen, obwohl jetzt nur noch selten vorkommend, sind pathologisch, insofern sie sich auch bei Tage und ohne alle wollüstige Erregung einstellen.

Gutachten: 1. Herr v. H. ist nach allem Beobachteten und Berichteten eine geistig abnorme, defective Persönlichkeit und zwar ab origine. Eine Theilerscheinung dieser abnormen geistig-körperlichen Artung stellt seine conträre Sexualempfindung dar.

2. Dieser Zustand, als ein originärer, ist keiner Heilung zugänglich. Es besteht eine functionelle defective Organisation in den höchsten geistigen Centren, die ihn zu selbstständiger Lebensführung und der Erreichung einer Lebens- und Berufsstellung unfähig macht. Seine perverse Geschlechtsempfindung hindert ihn, normal geschlechtlich zu functioniren, mit allen socialen Consequenzen einer solchen Anomalie und der Gefahr einer Befriedigung perverser, aus seiner abnormen Organisation sich ergebender Gelüste, mit daraus wieder zu befürchtenden socialen und gerichtlichen Conflicten. Diese Besorgniss kann aber nicht gross sein, da der (perverse) Geschlechtstrieb des Kranken gering ist.

3. Herr v. H. ist nicht unzurechnungsfähig im legalen Sinne des Wortes und weder befähigt zu, noch bedürftig einer Irrenanstalt.

Er vermag — obwohl ein grosses Kind und unfähig zu einer Selbstführung — gleichwohl unter Aufsicht und Leitung geistig normaler Menschen in der Gesellschaft zu existiren. Er vermag auch bis zu einem gewissen Grad die Gesetze und Normen der bürgerlichen Gesellschaft zu respectiren und zur Richtschnur seines Handelns zu machen, aber es muss bezüglich

möglicher geschlechtlicher Verirrungen und Conflicte mit dem Strafgesetz hervorgehoben werden, dass seine Geschlechtsempfindung eine in organischen krankhaften Bedingungen wurzelnde abnorme ist und dieser Umstand ihm eventuell zu Gute kommen muss.

Bei seiner notorischen Unselbstständigkeit kann derselbe aus der väterlichen oder vormundschaftlichen Gewalt nicht entlassen werden, weil er sich sonst financiell ruiniren würde.

4. Herr v. H. ist auch körperlich leidend. Er bietet Zeichen leichter Anämie und von Neurasthenia spinalis.

Eine vernünftige Regelung seiner Lebensweise, eine tonisirende ärztliche, womöglich hydrotherapeutische Behandlung erscheint nothwendig. Der Verdacht einer ursächlichen Begründung jenes Leidens in früher getriebener Masturbation muss aufrecht erhalten werden und die Möglichkeit des Vorhandenseins einer ätiologisch und therapeutisch wichtigen Spermatorrhöe liegt nahe.

Eine Vergleichung der vorstehend berichteten mit den bereits in der Literatur verzeichneten Fällen lässt als anthropologisch-klinische Merkmale der conträren Sexualempfindung folgende aufstellen:

1. Bei normaler Entwicklung der Genitalien und differenzirtem geschlechtlichem Typus findet sich, trotz erfüllter Reife des Alters und functionirenden Geschlechtsdrüsen, ein Mangel geschlechtlicher Empfindung bis zum Abscheu gegenüber dem entgegengesetzten Geschlecht bei geschlechtlicher Neigung und geschlechtlichem Trieb zum eigenen, und zwar fühlt sich der mit dieser Anomalie behaftete Mann dem anderen Manne gegenüber als Weib, das damit behaftete Weib dem Weib gegenüber als Mann.

In der Regel entspricht das Denken, Empfinden und Streben, überhaupt der Charakter der Geschlechtsempfindung, nicht aber dem Geschlecht, welches das betr. Individuum anatomisch und physiologisch repräsentirt.

Mannliebende Männer interessiren sich demgemäss für männliche Formen, für weibliche Kleidung, Beschäftigung, da sie sich als Weib dem Manne gegenüber fühlen. Das Umgekehrte gilt für weibliebende Weiber. Nicht selten besteht ein wahrer Drang, der geschlechtlichen Rolle, in welcher sich das Individuum fühlt, entsprechend sich zu kleiden, zu frisiren, rasiren u. s. w.

Es giebt, anthropologisch betrachtet, verschiedene Entwicklungsstufen dieser abnormen Erscheinung. Auf einer ersten besteht blos die Verkehrung der Geschlechtsempfindung, auf einen weiteren ist auch das gesammte psychische Leben der abnormen Geschlechtsempfindung entsprechend geartet; auf voller Entwicklungsstufe nähert sich sogar die Körperform derjenigen, welcher die abnorme Geschlechtsempfindung entspricht, nie jedoch wurden bisher wirkliche Uebergänge zum Hermaphroditen beobachtet, insofern die Geschlechtsorgane mangelhaft differenzirt gewesen wären.

Die conträre Geschlechtsempfindung kann demnach nur in centralen Bedingungen gesucht, in cerebralen Organisationseigenthümlichkeiten begründet werden.

Während in zahlreichen anderen Fällen ein peinliches Bewusstsein des angeborenen Defectes und der perversen Geschlechtsempfindung constatirt und sogar von *Westphal* in die Definition der Erscheinung aufgenommen wurde, fehlt diese Bewusstseinsreaction in 4 von mir beobachteten Fällen. Die Individuen fühlten sich glücklich in ihrer perversen Geschlechtsempfindung und unglücklich nur insofern gesellschaftliche und strafrechtliche Schranken sie an der Befriedigung hinderten. Die Liebe dieser Individuen ist eine ebenso mächtig die Gefühle in Anspruch nehmende wie die normal Fühlender. Auch hier kommt es zu unglücklicher Liebe, Eifersucht, freilich in durch die Perversion des Geschlechtstriebs karrikirter Form. Aus der neuropsychopathischen Constitution (s. u.) solcher Menschen erklärt sich, dass ihre geistige Liebe vielfach eine transcendentale, schwärmerisch exaltirte ist, wie auch ihr Geschlechtstrieb sich mit besonderer, selbst zwingender Stärke häufig geltend macht.

Bemerkenswerth ist noch in anthropologischer Hinsicht, dass bei der Mehrzahl dieser eigenthümlichen Organisationen des Geschlechtslebens abnorm früh, selbst in der Kindheit erwacht.

In neurologisch-klinischer Hinsicht sind von Interesse die Erscheinungen neuropathischer Constitution mit besonders hervortretender reizbarer Schwäche im Genitalsystem. Als Ausdruck einer solchen finden sich geschlechtliche Erregbarkeit

schon beim blossen Anblick der geliebten Menschen, Pollutionen beim Küssen, Umarmen derselben mit abnorm starkem Wollustgefühl bis zu „magnetischer“ Durchströmung. Sie erklären sich aus neuropathisch-constitutionellen Momenten und aus früh und meist intensiv getriebener Selbstbefleckung, zu welcher solche Organisationen, aus mangelnder Gelegenheit zur Befriedigung im Sinne ihres perversen Triebs durch Andere, leicht gedrängt werden.

Das Studium der conträren Sexualempfindung weist auf Anomalien der cerebralen Organisation hin. Sie ist mindestens aus Abnormitäten der Bildung der Genitalien und der Function der Geschlechtsdrüsen nicht erklärbar. Bei der enormen Bedeutung des Geschlechtslebens als anthropologisch-somatischer Faktor für das Geistesleben ist eine Rückwirkung und anomale Artung in dieser Sphäre a priori wahrscheinlich. Anomalien des Geschlechtstriebs, selbstverständlich als originäre Erscheinungen, sind erfahrungsgemäss functionelle Entartungssymptome belasteter und zwar hereditär belasteter Individuen.

Wir sehen dies in Form von fehlendem, abnorm früh und abnorm stark sich geltend machendem wie auch perversem Geschlechtstrieb bis zur Leichenschändung, Mordlust in Verbindung mit Wollust und Anthropophagie sich bestätigen. Jedenfalls ist die conträre Sexualempfindung keine physiologische, sondern eine pathologische Erscheinung. Eine Prüfung der bis jetzt bekannten (17) Fälle ergiebt in dieser Hinsicht befriedigenden Aufschluss.

Irresein in der Ascendenz bestand in 13 unter diesen Fällen. In allen ausser einem, der jedoch vorübergehend psychopathisch war, war der Träger der sexuellen Anomalie eine neuropsychopathische Persönlichkeit. Es bestanden functionelle, vielfach auch anatomische Degenerationszeichen, Neurosen in Form von Neurasthenie, epileptischen Symptomen, es fanden sich psychische Anomalien in Form von degenerativen Zuständen dauernd vor (Schwachsinn, moralische Verkümmerung, originäre Verschrobenheit, primäre Verrücktheit) und es kam temporär oder dauernd zu Irresein mit dem Charakter des degenerativen (pathologische Affectzustände, periodisches

Irresein). Dass die sexuelle Anomalie je ohne anderweitige Belastungs- oder Irreseinserscheinungen sich vorfinden kann, ist möglich, aber nicht wahrscheinlich. Beim gegenwärtigen Stand unsres Wissens muss die conträre Sexualempfindung als ein functionelles Degenerationszeichen belasteter Individuen bezeichnet werden.

Ueber die Häufigkeit des Vorkommens der Anomalie fehlt es an wissenschaftlichen Forschungen. Nach den Erfahrungen *Casper*'s und den Selbstbekenntnissen eines Unbekannten, die dieser Forscher veröffentlicht[1]) hat, dürfte sie nicht selten sein, wenn auch die Angaben von *Ulrichs*[2]), wonach durchschnittlich 1 erwachsener mit conträrer Sexualempfindung Behafteter auf 200 erwachsene Männer resp. 800 Seelen der Bevölkerung komme und der Procentsatz unter den Magyaren und Slaven (namentlich Südslaven) noch grösser sei, zu hoch gegriffen sein dürfte.

Insofern diese Individuen nur in seltenen Fällen an platonischer Liebe sich genügen lassen und in der Befriedigung ihrer Triebe mit den sittlichen Anschauungen des Volks wie auch mit den positiven Bestimmungen des Strafgesetzes in Widerspruch gerathen, gewinnt diese Anomalie eine bedeutende sociale und rechtliche Tragweite. Bevor sie erörtert wird, ist es nöthig, den Modus der geschlechtlichen Befriedigung dieser Individuen kennen zu lernen. Neben Selbstbefleckung faute de mieux kommen vor: einfache Umarmungen und Liebkosungen mit oder ohne Berührung der Schamtheile. Sie genügen bei (durch Onanie) zerrüttetem Nervensystem zur Wollustempfindung und sexuellen Befriedigung durch Ejaculation. Bei Anderen besteht der Geschlechtsakt in Manustupration durch die geliebte Person, oder in gegenseitiger Onanie, oder in den Geschlechtsakt imitirenden Bewegungen von vorne, nur in seltenen Fällen kommt es zur Päderastie. Die meisten mit conträrer Sexualempfindung Behafteten empfinden davor denselben Ekel wie weibliebende Männer. Es giebt eben auch unter diesen Unglücklichen Menschen von feinem

---

1) *Casper*, Klin. Novellen, p. 36 u. *Casper-Liman*, Handbuch d. ger. Med. 7. Aufl. p. 170.

2) Kritische Pfeile. 1880. p. 2.

ästhetischem und sittlichem Fühlen neben solchen von niedriger sinnlicher Empfindungsweise.

Die gegenwärtige und künftige Stellung der Gesellschaft und der Gesetzgebung zur conträren Sexualempfindung.

Gesellschaft wie Gesetzgebung gehen von einer irrigen Voraussetzung aus, indem sie den mit conträrer Sexualempfindung Behafteten mit dem Päderasten ohne weiteres verwechseln. Päderastie kann hier vorkommen, aber sie ist offenbar eine seltene Erscheinung gegenüber den überaus zahlreichen Fällen, wo Päderastie nicht auf Grund einer conträren Sexualempfindung vorkommt. In der ungeheueren Mehrzahl der Fälle ist Päderastie ein abscheuliches Laster, dem Individuen aus Uebersättigung im Genuss der Liebe, aus Mangel an anderweitiger Gelegenheit oder aus Furcht vor Ansteckung, jedenfalls aus überlegten Motiven fröhnen, wie dasselbe auch bei ganzen Völkern der alten (Griechenland) und neueren Zeit (Persien) vorkommt. Mit Recht empört sich dagegen das sittliche Gefühl des Volkes und findet in dem Gesetzbuch, das Päderastie nicht nur als eine strafbare, sondern auch infame Handlung hinstellt, seinen Ausdruck. Ganz anders der aus conträrer Sexualempfindung entstehende Drang zu Geschlechtsbefriedigung. Er hat die Bedeutung eines (freilich krankhaften) Triebs, der zudem vielfach abnorm stark sich geltend macht, er ist ein angeborener instinctiver Drang, die einzige Art, in welcher ein geschlechtsbedürftiges (abnorm organisirtes) Individuum geschlechtlich functioniren kann, nicht unsittliche Leidenschaft, nicht überlegtes gesetzwidriges Wollen, dem andere Handlungsmöglichkeiten zu Gebote stehen.

Mit dieser Thatsache muss die öffentliche Meinung und die Gesetzgebung künftig rechnen. Sie muss in erster Linie die conträre Sexualempfindung und die aus ihr entspringenden geschlechtlichen Antriebe von der Päderastie trennen, in zweiter sich hüten, was krankhafte Naturerscheinung ist und dem Bewusstsein des krankhaft Organisirten nichts weniger als naturwidrig, im Gegentheil als naturgemäss erscheint, mit Unsittlichkeit zu verwechseln und als solche zu brandmarken.

In ähnlicher Weise argumentirt *Ulrichs*[1]), der unermüdliche Vorkämpfer für die Rechte der mit conträrer Sexualempfindung Behafteten, nur sind seine Prämissen wissenschaftlich unrichtige, indem er conträre Sexualempfindung („Urningsliebe“) für eine physiologische Erscheinung hält und sie für „eine Art von Hermaphroditenthum, für den Liebestrieb eines seiner Natur nach weiblichen Wesens in männlich gebautem Körper“ erklärt.

Damit werden seine Forderungen: Freigebung des urnischen Liebestriebs, Gestattung der Ehe unter Urningen (!) oder Bestrafung der paedicatio mulierum, die ja kein Nothbefriedigungsakt sei, undiscutirbar.

Die Gesetzgebung, welche in früheren Jahrhunderten die Unzucht wider die Natur mit dem Tod, seit Ende des vorigen Jahrhunderts mit immer kürzer werdenden Zuchthausstrafen bedrohte und neuerdings (Deutschland) nur mit Gefängniss straft, versteht unter jenem Begriff Unzucht mit Thieren sowie solche mit Personen desselben Geschlechts und hat in letzterer Beziehung wesentlich Päderastie im Auge. Der immer milder werdende Strafsatz ist gewiss nicht aus einer abnehmenden Sittlichkeit der Gesellschaft, sondern aus der immer mehr aufdämmernden Erkenntniss der vielfach pathologischen Begründung solcher Unzuchtverbrechen zu erklären.

Es lässt sich erwarten, dass mit dem wissenschaftlichen Nachweis jener die Strafgesetzgebung, wie dies bereits in Frankreich u. a. Ländern der Fall ist, das Verbrechen der Unzucht wider die Natur auf den geschlechtlichen Verkehr mit Thieren und die Päderastie beschränken und die aus conträrer Sexualempfindung erfolgenden, allerdings naturwidrigen aber krankhaften Geschlechtsakte unter gewissen Bedingungen nicht mehr verfolgen wird. Diese Bedingungen wären: Beschränkung der geschlechtlichen Handlungen auf wollüstige Akte mit Ausschluss der Päderastie, geschlechtlicher Verkehr mit Individuen über 14 Jahren, ohne Anwendung von Gewalt und Drohung und ohne öffentliches Aergerniss.

---

[1]) S. dessen Schriften Vindex, Inclusa, Vindicta, Formatria, Ara spei, Gladius furens, Kritische Pfeile etc. Leipzig (Otto u. Kadler) 1864—1880.

Bis diese juristische Frage in diesem medicinisch befriedigenden Sinn erledigt sein wird, mag noch einige Zeit vergehen. Der österr. Strafges.-Entw. § 190 spricht sogar noch von Unzucht mit Personen desselben Geschlechts, ohne diesen Begriff näher zu erläutern.

Die gegenwärtige Gesetzgebung bezeichnet den geschlechtlichen Verkehr mit Personen desselben Geschlechts kurzweg als widernatürliche Unzucht und bestraft ihn in Deutschland (§ 175) mit Gefängniss, in Oesterreich (§ 129 und 130) mit Kerker von 1 bis 5 Jahren. Offenbar hat der Gesetzgeber damit die Päderastie treffen wollen und die geschlechtlichen Akte der mit conträrer Sexualempfindung Behafteten gar nicht bedacht oder gekannt. Diese laufen Gefahr, dem Strafgesetz zu verfallen und sind oft genug bestraft worden, wenn auch immer häufiger der einsichtsvolle Richter als Interpret der Gesetzgebung die Akte solcher Individuen, sofern sie nicht päderastische sind, nicht unter den Gesetzesparagraph subsumirt.

Bis zu einer Revision der Gesetzgebung müsste im concreten Fall die medicinische Wissenschaft Folgendes geltend machen:

1) Die conträre Sexualempfindung ist eine krankhafte Lebenserscheinung, speciell neuro-psychisches Belastungssymptom.

2) Ihre Constatirung nöthigt zu einer psychiatrischen Expertise.

3) Ihr isolirtes Vorkommen, d. h. ohne anderweitige psychische Anomalien ist fraglich.

4) Von Art, Schwere und Umfang der im Einzelfall etwa gefundenen psychisch-pathologischen Symptome wird die Entscheidung der Zurechnungsfrage abhängen. Etwaige intellectuelle und ethische Defecte im psychischen Mechanismus werden ein gewichtiges entlastendes Moment abgeben müssen, insofern dem organischen Antrieb zu geschlechtlichen Akten keine sittlichen rechtlichen Corrective hemmend gegenüberstehen; dazu kommt namentlich die Erwägung, dass der der ungeheuren Mehrzahl der normal organisirten Menschen pervers erscheinende Trieb zum eigenen Geschlecht von den mit

conträrer Sexualempfindung Behafteten nichts weniger als naturwidrig empfunden wird, vielmehr als die einzig mögliche Art eines geschlechtlichen Umgangs und Genusses erscheint.

Andrerseits ist geltend zu machen, dass der Drang zum eigenen Geschlecht nicht Unsittlichkeit und Leidenschaft, sondern natürlicher Instinct und organische Nöthigung ist und dass solche organische Nöthigung gerade bei Belasteten vielfach mit abnormer Stärke, die einem organischen Zwang gleichkommen kann, sich geltend macht. Eine rechtliche Verschuldung könnte vielleicht schliesslich nur daraus gefolgert werden, dass nach Ansicht richterlicher Interpreten der Gesetzgebung die geschlechtlichen Akte solcher Menschen unter den bewussten Gesetzesparagraph fallen und der Handelnde der Strafbarkeit seiner Handlung sich bewusst war. Dem steht aber Alles über das organische Bedingtsein des vielfach abnorm starken perversen Triebes Gesagte entgegen und die Thatsache, dass der abnorm Organisirte den eklen Trieb zum eigenen Geschlecht als etwas Natürliches, nichts weniger als Naturwidriges empfindet. Damit erscheint der Begriff einer dolosen Handlung nicht mehr vereinbar.

v. Krafft-Ebing.

Die cerebralen und cerebellaren Verbindungen des 3.—12. Hirnnervenpaares. — Die spinalen Wurzeln der cerebralen Sinnesnerven.

Von

Dr. C. F. W. Roller
in Kaiserswerth.

I. Uebersicht der Verbindungen der bulbären Hirnnerven mit grossem und kleinem Gehirn.

Für die anatomische Kenntniss der Hirnnerven grundlegend waren die Entdeckungen *B. Stilling*'s. Ihm gelang es, die Wurzeln des 12.—3. Paares derselben zu Gruppen von Zellen in der grauen Masse um den Centralcanal im unteren Theile der Medulla oblongata, am Boden des 4. Ventrikels und unter dem Aquäduct zu verfolgen [1]).

Eine zu lösende Aufgabe blieb die Untersuchung, ob und welche weiteren centralen Verbindungen der Hirnnerven nachzuweisen seien. In erster Linie stand die Frage nach den Bahnen, welche einen, sei es directen, sei es indirecten, durch graue Masse bez. welche Zellen vermittelten, Zusammenhang jener Nerven mit dem Grosshirn herstellen. Einen solchen müssen wir als physiologisches Postulat betrachten und stimmen *Deiters* zu, wenn er, zunächst bezüglich der Rückenmarksstränge, sagt [2]): „Die Physiologie verlangt den Nachweis einer

[1]) *B. Stilling*, Untersuchungen über die Textur und Function der Medulla oblongata. Erlangen 1843; und Ueber den Bau des Hirnknotens oder der Varoli'schen Brücke. Jena 1846.

[2]) Untersuchungen über Gehirn und Rückenmark des Menschen und der Säugethiere. Herausgegeben von *Max Schultze*. Braunschweig 1875. S. 184.

vollständigen Leitung zum grossen Gehirn. Experimente und klinische Erfahrungen geben den Beweis, dass sie ihn selbst dann verlangen muss, wenn sie sich entschliesst, jedem beliebigen Theile des Cerebrospinalsystems die Fähigkeit, Erregungen zu vermitteln und zu empfangen, also die Fähigkeit sensorischer Functionen zuzuerkennen. Es kann hinzugefügt werden, auch die allgemeinen morphologischen Ergebnisse verlangen eine ununterbrochene Weiterleitung zum grossen Gehirn und sind gegen eine definitive Endigung eines Theiles früher. Jede Leitung setzt eine anatomisch bestimmte Bahn voraus." *Deiters* weist darauf hin, dass nicht alle der bisherigen Untersucher diese Ueberzeugung gehabt hätten.

Der Nachweis der fraglichen Verbindungsbahnen ist für eine gewisse Zahl von Hirnnerven theils mehr oder weniger wahrscheinlich gemacht, theils thatsächlich erbracht.

Wir haben hier in erster Reihe an die drei grossen Faserzüge zu denken, welche vom Rückenmarke her Medulla oblongata und Pons Varolii durchziehend in's Grosshirn reichen, theilweise auch mit dem Kleinhirn Verbindungen eingehen: Pyramide, Schleife und hinteres Längsbündel. Auch die Bindearme sind, wie wir sehen werden, in Betracht zu ziehen. —

Wir dürfen wohl nicht daran zweifeln, dass die Pyramide den hier zu besprechenden Verbindungen dient, und zwar in gekreuzter Weise. Es fragt sich aber, wie die betreffenden Bahnen verlaufen. Dass sie, wenn sie existiren, durch die Rhaphe gehen, ist selbstverständlich, und *Meynert* hat, wie ich nachher darlegen will, die Fibrae rectae derselben als solche Verbindungsbahnen angesprochen.

Dass sie dies sind, ist nicht direct nachzuweisen. Die Rhaphe ist das allgemeine Durchkreuzungsfeld der Oblongata, die Verfolgung einzelner Fasern gelingt hier nur auf kurze Strecken, und gerade der directe Eintritt von Pyramidenfasern in die Rhaphe ist nur selten zu sehen. In der eigentlichen Oblongata laufen die Fibrae rectae der Rhaphe in Bänder aus, welche als Fibrae arciformes externae die medialen Ränder der Pyramide umkreisen und zum Theil an deren Peripherie lateral zu verfolgen sind, zum Theil sich in die kleineren oder grösseren

Ansammlungen grauer, zellenreicher Masse einsenken, welche in die Pyramiden eingesprengt sind und bisher noch nicht die gebührende Beachtung gefunden haben, wenn sie auch von manchen Autoren erwähnt werden. Ein Theil der Fasern mag direct in die Pyramiden eintreten; er würde jedenfalls klein sein. Höher oben, im Pons, erscheinen die Bündel der Pyramide völlig in graue Masse eingebettet, und wieder sind die geraden Fasern in diese hinein zu verfolgen. In den Ebenen, in welchen die Hirnschenkel divergiren, liegt an ihrer dorsalen Seite die Substantia nigra, deren dunkelpigmentirte Zellen bis an die Rhaphe, ja in den Schichten des Oculomotoriusaustrittes in grosser Zahl in sie selbst sich verbreiten. Auch hier sind die fraglichen Fasern nur bis in die erwähnte graue Substanz zu verfolgen.

Trotzdem werden es die geraden Fasern der Rhaphe sein, welche, wenn auch durch Vermittelung grauer Substanz, den Zusammenhang zwischen Pes pedunculi und bulbären Hirnnerven herstellen. Es ist daran zu erinnern, dass in vielen Schichten, ausser der schon erwähnten, die Rhaphe selbst reich ist an Zellen, zum Theil von beträchtlichem Umfange. Wir würden zunächst wohl einen directen Uebergang erwarten, die Anatomie lehrt einen solchen nicht. Dass die Sache nicht so einfach liegt, als ohne Zweifel Viele sich vorstellen, beweist auch der Umstand, dass die Pyramidenfasern durchweg fein sind, in der Rhaphe die feinen Fasern weit überwiegen, die Wurzelfasern der motorischen Hirnnerven aber zum grössten Theile starkes Kaliber zeigen.

Es haben sich mir wichtige Einzelheiten bezüglich des in Rede stehenden Zusammenhanges ergeben, zum Theil auf einen verwickelten Modus desselben deutend [1]).

Die Schleife enthält höchst wahrscheinlich dem Acusticus und dem Trigeminus, vielleicht auch dem Glossopharyngeus angehörige, in ihr cerebralwärts verlaufende Fasern: es treten

---

[1]) Nähere Ausführung der in der vorliegenden Abhandlung besprochenen Gegenstände, sowie Abbildungen sind zum Theil an anderen Orten gegeben und sollen weiter an solchen gegeben werden. Hier ist eine übersichtliche [Zus]ammenfassung beabsichtigt.

in den Heerd der lateralen Schleife Fasern aus Centren jener Nerven ein. Möglich ist es, dass eben solche Fasern auch im Bindearme nach oben ziehen [1]. —

Einen Zusammenhang des hinteren Längsbündels habe ich nachgewiesen mit dem *Stilling*'schen Hypoglossuskern, einer Säule kleiner Zellen ventral desselben, mit der Facialiswurzel, mit dem Abducens-, dem Trochleariskern; höchst wahrscheinlich ist die Verbindung mit dem Oculomotoriuskern, möglich diejenige mit dem grosszelligen Acusticuskern [2]. Ferner besteht (dies habe ich in dem cit. Vortrage nicht erwähnt) ein evidenter Zusammenhang des hinteren Längsbündels mit dem Trigeminus. Die Fasern treten von jenem aus theils direct in die motorische Wurzel theils in die Convolutio quinti (den sensibeln Trigeminuskern). Da in den betreffenden Ebenen, unzweifelhaft dem Trigeminus zugehörige, Kreuzungen in der Rhaphe stattfinden, ist es wahrscheinlich, dass hier mit dem H. L. herabkommende Fasern die Mittellinie überschreiten, um in die jenseitigen Trigeminuswurzeln überzugehen.

Verbindung der beiderseitigen hinteren Längsbündel durch, die Rhaphe passirende, Fasern, sei es zu Commissur oder Kreuzung, findet in verschiedenen Höhen des Pons Statt, in beträchtlichem Grade in den Ebenen, in welchen die motorische Trigeminuswurzel austritt. Dieser gehören die Verbindungsfasern sicher zu grossem Theile an, man kann Fasern aus der motorischen Trigeminuswurzel selbst und aus ihrem Kern bis in das hintere Längsbündel und bis in die Rhaphe verfolgen. Dann ist Verbindung der H. L. wieder vorhanden in einer Gegend, die dem deutlichen Auftreten der lateralen Schleife entspricht und dann wieder in den Ebenen des Trochlearis- und des Oculomotoriusaustrittes.

Der Trigeminus besitzt ausserdem nach oben laufende

[1]) Vgl. meine Arbeit über die Schleife, *v. La Valette St. George* und *Waldeyer*, Archiv für mikroskopische Anatomie. XIX. S. 281 f., Figg. 20, 21, 22.

[2]) Ueber das hintere Längsbündel der Oblongata, Bericht über die V. Wanderversammlung südwestdeutscher Neurologen und Irrenärzte. *Westphal*, Archiv für Psychiatrie und Nervenkr. XI.

Bahnen, welche nicht einem der erwähnten grossen Faserzüge angehören. Zwar für eine, unmittelbar lateral vom H. L. liegende Wurzel, welche aus der Substantia ferruginea hervorzugehen scheint, wäre es möglich, dass sie eigentlich dem hinteren Längsbündel zuzurechnen wäre, immerhin aber scheint von oben herab eine Faservermehrung derselben innerhalb der pigmentirten Zellen stattzufinden. Sicher ist, dass die betreffenden Fasern theils in die motorische Trigeminuswurzel, theils in die Convolutio quinti übergehen.

Ich weise auf die Möglichkeit hin, dass die Taenia pontis eine Verbindung zwischen Trigeminus und Hirnschenkel herstellt. Die Taenia pontis interna ist zum Boden des 4. Ventrikels, in die unmittelbare Nähe der Trigeminuskerne zu verfolgen [1]).

Dann existirt, lateral der eben genannten, eine aus starken Fasern bestehende, unzweifelhafte Radix descendens nervi trigemini. Man hat diese seither nur bis zu den blasigen Zellen des oberen Zweihügels verfolgt, es ist mir aber gelungen, ihren Zusammenhang mit der hinteren Commissur und mit dem Brachium conjunctivum (posterius) nachzuweisen [2]), möglich erschien ein solcher auch mit dem Ganglion des unteren Zweihügels. Auch sie durchzieht die Substantia ferruginea. Die blasigen Zellen reichen durch den Pons übrigens viel weiter herab, als angegeben wird, nämlich bis zum Austritt der Trigeminuswurzeln [3]). —

Mit dem Kleinhirn sind folgende Verbindungen nachzuweisen. Von Seiten des Hypoglossus ist mir eine solche sehr wahrscheinlich geworden, die Ausführung denke ich an anderer

---

[1]) Vgl. Schleife S. 276. — Eine genaue Darstellung behalte ich mir vor.

[2]) Beides besonders auf Frontalschnitten deutlich.

[3]) Es ist mir sicher geworden, dass die „blasigen" Zellen und die pigmentirten der Substantia ferruginea morphologisch gleichwerthig sind. Sie sind räumlich an vielen Stellen auf das Innigste gemischt, und man findet zahlreiche Uebergangsformen. — Eine Abbildung der Rad. desc. n. trig. auf einem Längsschnitte findet sich auf Fig. 4 meines Aufsatzes: Eine aufsteigende Acusticuswurzel. *v. La Valette St. George* und *Waldeyer*, Archiv für mikrosk. Anat. Bd. XVIII.

Stelle zu geben. Der Glossopharyngeus besitzt eine solche, in der Bahn des Corpus restiforme zu ihm gelangend [1]).

Ein ausgiebiger Zusammenhang mit dem Cerebellum besteht für den Acusticus. In breiten Zügen sieht man die Bündel in dessen grosszelligen Kern gelangen; sie umziehen auf diesem Wege den dorsalen Rand des Corpus restiforme. Man kann sie auf der anderen Seite leicht bis zum Nucleus dentatus verfolgen (einen Eintritt in die graue Substanz desselben habe ich nicht gesehen) und bis zwischen die Fasern des Bindearmes. Einen unmittelbaren Uebergang der Fasern in die austretende innere Wurzel des Hörnerven habe icht nicht constatirt, dagegen scheinen Fasern, welche aus dem Kleinhirn stammend, die Bündel des Corpus restiforme durchziehen, zum Theil direct in die Wurzel überzugehen.

Unmittelbar nach oben schliesst sich die Kleinhirnwurzel des Trigeminus an. Auch sie zieht zum Nucleus dentatus, und diese Wurzel konnte ich bis zu dessen grauer Substanz verfolgen, auch ihre Bündel laufen zum Theil zwischen die des Bindearmes. Einen directen Uebergang in eine der Trigeminuswurzeln habe ich nicht erkannt, die Fasern der cerebellaren Wurzel münden in die Convolutio quinti (den sensibeln Trigeminuskern).

Meynert nimmt [2]) eine durch Fibrae rectae der Rhaphe vermittelte Verbindung mit dem jenseitigen Hirnschenkelfuss an für Kern und Wurzeln des Hypoglossus, Accessorius, Vagus und Glossopharyngeus. Den drei letztgenannten Nerven weist er noch andere Verbindungen mit dem Pes pedunculi zu: durch die dem grauen Boden nächsten Fibrae arcuatae, die aus der Rhaphe in den Vago-Accessoriuskern eintreten, durch das solitäre Bündel [3]) (nach *Meynert* aus der Rhaphe und

---

[1]) Der centrale Verlauf des N. glossopharyng. u. s. w. Arch. für mikrosk. Anatomie. Bd. XIX, S. 375.

[2]) Vom Gehirn der Säugethiere. *Stricker*, Handbuch der Lehre von den Geweben. Leipzig 1870.

[3]) Aufsteigende Glossopharyngeuswurzel *Obersteiner*, *Roller*.

weiterhin der Pyramide stammend), dem Vagus noch speciell s. g. mediale Wurzeln, die gleichfalls von Fibrae rectae der Rhaphe ausgehend, ventral der Hypoglossuskerne in die Vaguswurzel verlaufen [1]). Die angegebene, durch Fibr. rect. vermittelte Verbindung lehnt *Meynert* ab für den Acusticus (wenigstens für die überwiegende Mehrzahl der aus der Rhaphe in die Striae medullares übergehenden Fasern) [2]), nimmt sie für den Abducens-Facialis-Kern, sowie für die Facialiswurzel an. Ausserdem denkt er an eine Beherrschung des Abducens vom Opticuscentrum im oberen Zweihügel aus durch den von diesem in den Pes pedunculi eingehenden Tractus peduncularis transversus *von Guddens* [3]). Auch mit dem Trigeminus steht nach *Meynert* der Hirnschenkelfuss durch Fibr. rect. in Verbindung und zwar der motorische Kern und die grosse sensible Wurzel. Ausserdem beschreibt er die beiden weiteren Trigeminuswurzeln „deren Ursprungsmassen über den Austrittsebenen gelegen sind“, eine äussere absteigende [4]) vom Gebiete des oberen Zweihügels aus den erwähnten „blasigen“ Zellen und eine mittlere aus den Zellen der Substantia ferruginea. Eine Beziehung der Fibrae rectae zum Trochlearis nimmt *Meynert* nicht an, weil dadurch eine Rückkreuzung des Nerven, der sich im Velum als Stamm kreuzt, gegeben wäre. Er lässt sie aber in den „Oculomotorio-Trochleariskern“, die er irrthümlicherweise

---

[1]) Es wird nicht leicht sein, diese medialen Wurzeln des Vagus von den vorher erwähnten, „dem grauen Boden nächsten Fibrae arcuatae“ zu unterscheiden, auch wenn man seine Figur 297 (l. c.), auf welche *Meynert* verweist, hinzunimmt. Er will mit dieser Unterscheidung die aus der Rhaphe in den Kern und die direct in die Wurzel laufenden Fasern trennen.

[2]) Den von ihm für wahrscheinlich gehaltenen Modus der Verbindung des Acusticus mit dem Grosshirn s. u.

[3]) Ueber einen bisher nicht beschriebenen Nervenfaserstrang im Gehirne der Säugethiere und des Menschen. *Westphal*, Archiv für Psych. und Nervenkr. II.

[4]) Von *Stilling* (Pons S. 135ff. Taf. XVII, Taf. XX, Fig. 23, 24) zum Trochlearis gerechnet, von *Meynert* (Zeitschrift für wissenschaftliche Zoologie XVII. 1867) mit Recht dem Trigeminus zugewiesen, von *Merkel* (Untersuchungen aus dem anatomischen Institut zu Rostock 1874) als trophische Wurzel des Trigeminus bezeichnet. Meine eigene Darstellung s. o.

nicht trennt, eingehen und weist ihnen die Vertretung des Oculomotorius im Hirnschenkelfuss zu.

Eine Beziehung der Hirnnerven zur Schleife nimmt *Meynert* nicht an[1]).

Das hintere Längsbündel erklärte er früher[2]) für einen Acusticusstrang zum Grosshirn, nahm aber diese Auffassung zurück[3]) und hält nun eine unmittelbare Verbindung des Acusticus mit dem Grosshirn für nicht vorhanden, sondern nur eine mittelbare durch das Kleinhirn. Er denkt an die Bindearme als vermittelnde Bahnen und an deren Kreuzung als Analogon des Chiasma nerv. opt. Ausserdem statuirt er eine Reihe von wohl kaum direct zu demonstrirenden Verbindungen des Acusticus mit dem Kleinhirn[4]): gekreuzt in zweifacher Verlaufsweise aus der inneren Abtheilung des entgegengesetzten Kleinhirnstieles in die vordere Wurzel und in die Striae medullares, ferner von ebendaher in die hintere Wurzel des Hörnerven (für einige Bündel der „äusseren“ Wurzel desselben nimmt er denselben Ursprung an); ungekreuzt direct aus dem Kleinhirn sich der vorderen Wurzel anschliessend, ferner aus dem Querschnitt des Corpus restiforme.

Bezüglich der Kleinhirnwurzel des Trigeminus hat *Meynert* nur die Angabe, dass sie den „Bindearm durchsetzen und umgürten, als mit höchster Wahrscheinlichkeit in das 5. Nervenpaar eintretende Bündel“[5]).

Huguenin[6]) stellt die gekreuzte directe Verbindung der Wurzeln mit dem Pes pedunc. durch gerade Fasern der Rhaphe, sowie die indirecte (vermittelst Fasern aus dem Pes pedunc. durch die Rhaphe in die betr. Kerne) mit Bestimmtheit auf für Hypoglossus (Accessorius), Vagus, Glossopharyngeus, Facialis und Oculomotorius. Beim Abducens sind ihm die

---

[1]) Inwiefern er an eine durch graue Substanz vermittelte Beziehung derselben zum Opticus dachte, vgl. Schleife l. c. S. 296.

[2]) Ein Fall von Sprachstörung. Wiener med. Jahrbücher XI.

[3]) *Stricker*, S. 784.

[4]) Ibid. S. 785 ff.

[5]) Ibid. S. 777.

[6]) Allgemeine Pathologie der Krankheiten des Nervensystems. I. Anatomische Einleitung. Zürich 1873.

directen Fasern aus der Rhaphe in die Wurzel zweifelhaft, beim Trigeminus kennt er die entsprechende Verbindung des motorischen Theiles nicht, die Fasern der sensibeln Wurzel sieht er in die Raphe treten, erklärt aber ihren weiteren Verlauf für unbekannt. Die Radix descendens aus dem oberen Zweihügel ist auch nach ihm unzweifelhaft, die aus der Substantia ferruginea aber hat er nie gesehen.

Die Ausführung *Meynert's* bezüglich der Kleinhirnwurzeln des Acusticus giebt *Huguenin* wieder, beim Trigeminus unterscheidet er neben den in den Bindearm hineinlaufenden Fasern ein diesen umkreisendes Bündel, dessen weiteren Verlauf er nicht kennt.

Neuerdings schliesst sich *Mendel*[1]) hinsichtlich der Beziehung des Acusticus zum Bindearm der Darstellung *Meynert's* an.

Henle hat wenige Angaben bezüglich der uns beschäftigenden Verbindungen. Er erklärt[2]), dass von der grauen Substanz am Boden des 4. Ventrikels, wohin die Wurzeln der 4 letzten Hirnnerven zu verfolgen seien, sie sich direct oder durch Vermittelung der Nervenzellen, weiter vorwärts zu den Hirnschenkeln erstrecken, für ebenso wahrscheinlich aber für ebensowenig anatomisch nachweisbar wie bei den Wurzeln der Rückenmarksnerven. Dagegen lässt *Henle* mit Bestimmtheit aus dem Oculomotoriuskern Fasern entspringen, welche sich in der Mittellinie kreuzen und in die Grosshirnschenkel eintreten. Sonst spricht er wenig von den geraden Fasern der Rhaphe, weist dieser vielmehr wesentlich solche horizontaler Richtung zu[3]). Hinsichtlich der aus der Rhaphe heraustretenden und die Pyramiden umziehenden Fasern giebt er eine mit der meinigen wesentlich zusammenstimmende Darstellung[4]). Innerhalb des Pons sieht auch er den Raum zwischen Pyra-

---

[1]) Ueber den Verlauf der Fasern des Bindearmes. Berliner klinische Wochenschrift 1878.

[2]) Handbuch der Nervenlehre des Menschen. 2. Auflage. Braunschweig 1879. S. 238.

[3]) l. c. S. 217.

[4]) l. c. S. 219.

mide und Rhaphe mit grauer Substanz gefüllt, was gleichfalls mit meinen Beobachtungen stimmt[1]). In den Bindearm sieht auch *Henle* sensible Trigeminusfasern eintreten, erklärt aber ihren Verlauf in's Kleinhirn für nur eine Vermuthung *Meynert's*[2]). Die Vierhügelwurzel des Trigeminus lässt *Henle* in den motorischen Kern und die motorische Wurzel übergehen („ein drittes Bündel streicht unter dem Boden des 4. Ventrikel weiter nach hinten").

W. Krause leitet die Fasern der Rhaphe, „die horizontal und zugleich wesentlich sagittal verlaufen", aus den Fibrae arciformes ab, lässt sie sich kreuzen und sich je der jenseitigen Pyramide anlagern[3]). Den Faserverlauf im Gehirn schildert er in einer sich wesentlich an *Huguenin* anschliessenden Darstellung[4]). Den Zusammenhang des Acusticus und Trigeminus mit dem Kleinhirn hält er aus entwickelungsgeschichtlichen Gründen für wahrscheinlich[5]).

Schwalbe referirt bei den einzelnen Nerven *Meynert's* Anschauung von der durch die Fibr. rect. vermittelten Verbindung mit dem Pes pedunc., er ist der indirecten Verbindung geneigter[6]), welche er durch die auch von ihm beschriebenen Fasern aus den Kernen zur Rhaphe hergestellt denkt. Im Uebrigen ist zu erwähnen, dass er eine Beziehung der Substantia ferruginea zum Trigeminus bestimmt in Abrede stellt[7]), dagegen die Kleinhirnwurzeln des Acusticus und Trigeminus wie *W. Krause* aus entwickelungsgeschichtlichen Gründen für wahrscheinlich hält[8]).

Einzelne Angaben bezüglich der hier von uns erörterten Verbindungen finden sich bei verschiedenen Forschern.

Die geraden Fasern der Rhaphe sind von *Stilling* be-

---

[1]) l. c. S. 244.

[2]) l. c. S. 251 f.

[3]) Handbuch der menschlichen Anatomie. I. Allg. und mikr. Anatomie. Hannover 1876. S. 413 f.

[4]) l. c. S. 451 ff.

[5]) l. c. S. 421.

[6]) Lehrbuch der Neurologie. 2. Lieferung. Erlangen 1880. S. 658.

[7]) l. c. S. 677.

[8]) l. c. S. 682.

schrieben und benannt[1]). Er lässt sie[2]) in den höheren Ponsschichten immer mehr schwinden, so dass schliesslich in den bezeichneten Ebenen nur in der hinteren Abtheilung der Rhaphe noch gerade Fasern sichtbar sind. In den Ebenen der Bindearmkreuzung lässt er auch diese schwinden.

Clarke statuirt einen Zusammenhang des von ihm freilich nicht als solchen unterschiedenen hinteren Längsbündels mit dem Hypoglossuskern[3]).

Deiters erklärt sich[4]) gegen die „einzige, ganz unveränderte, ungestörte Fortsetzung der Vorderstränge, von der *Stilling* gesprochen", und macht darauf aufmerksam, dass sie „durch Faserzüge verstärkt werden müssen, die den Wurzeln der motorischen Gehirnnerven angehören". Er lässt „die motorischen centripetalen Bündel durch den Hypoglossus und Vagus verstärkt werden" und an der Eintrittsstelle des Oculomotorius „plötzlich wieder centripetale Leitungsfasern in den Vordersträngen erscheinen". Es ist demnach das hintere Längsbündel, welchem *Deiters* die erwähnten Leitungsbahnen zuweist.

Flechsig bespricht die Frage, drückt sich aber unbestimmt aus. Nach ihm „gelangen aus der Gegend der Accessorius- und Vaguskerne Fasern in den Rayon des hinteren Längsbündels, dieses von hinten umziehend und in den hintersten Bezirken der Rhaphe die Medianlinie überschreitend"[5]). Ein Uebergehen in

[1]) Pons S. 23 f.

[2]) Ibid. S. 53.

[3]) Researches on the intimate structure of the brain. Philosophical transactions. London 1868. S. 285: „The longitudinal fibres immediately in front and on the outer side of the hypoglossal nucleus have the same kind of anatomical connexion with that nucleus as the antero-lateral white columns of the spinal cord have with its anterior horn."

[4]) l. c. S. 188.

[5]) Die Leitungsbahnen im Gehirn und Rückenmark des Menschen. Leipsig 1876. S. 334. — *Henle*, auf welchen sich *Flechsig* bezieht, spricht nicht, wie es nach dessen Darstellung scheinen könnte, von einem Umbiegen der Fasern aus der Gegend des Accessorius- oder Vaguskernes in das hintere Längsbündel, nicht einmal von einem Eintritt derselben in dessen Rayon, sondern (Nervenlehre, 1. Aufl. S. 206, 2. Aufl. S. 234) nur von transversalen Fasern, die von den Seitentheilen des verlängerten Markes

die Längsrichtung innerhalb des hinteren Längsbündels konnte er nicht mit Sicherheit beobachten. Im Uebrigen denkt *Flechsig* bezüglich der Verbindungen des H. L. an Fasern aus den Hypoglossuskernen, welche zunächst in die Rhaphe eintreten u. dgl.

Forel giebt zu, dass die Ansicht, die Fibrae rectae vermittelten die Verbindung der Nervenkerne mit dem Pes ped. vieles Bestechende habe[1]). Er findet in den Gegenden, wo Nervenkerne sich befinden, die Fibrae rectae auffallend zahlreich, denkt aber auch an eine Vergleichung der Rhaphekreuzungen mit der vorderen Commissur des Rückenmarkes[2]). *Forel* hält für höchst wahrscheinlich, doch kaum direct nachweisbar, dass das hintere Längsbündel Fasern zum Oculomotoriuskern, zum Nerv oder zur Rhaphe abgiebt, und macht darauf aufmerksam, dass das H. L. beim Maulwurf sehr klein sei. Die schon von *Stilling*[3]) abgebildete „Anastomose der medialsten ventralen Bündel des H. L.“ bestätigt *Forel*. Er erklärt sich gegen eine Trigeminuswurzel aus der Substantia ferruginea[4]), bestätigt dagegen die von den blasigen Zellen stammende und sah bei diesen „oft genug den Zellfortsatz zum Axencylinder einer Trigeminusfaser werden“. Die absteigende Wurzel vermischt sich ihm zufolge total mit der motorischen des Trigeminus.

Duval[5]) sah bei Katze und Pavian Fasern des H. L. aus dem Abducenskern entstehen, die innersten Bündel des hin-

---

durch den Accessorius- oder Vaguskern um den hinteren Rand des Hypoglossuskernes und selbst durch den letzteren in die Rhaphe einstrahlen.

[1]) Untersuchungen über die Haubenregion u. s. w. *Westphal*, Archiv, VII. S. 450, 486.

[2]) Das Nähere s. l. c. S. 486 f.

[3]) Pons, Taf. X.

[4]) Er trennt entschieden die „blasigen“ Quintuszellen von den pigmentirten der Substantia ferruginea, giebt aber (l. c. S. 437) zu, dass ab und zu eine rundlichere, pigmentärmere Zelle der Substantia ferruginea beim Menschen täuschend ähnlich einer blasigen Quintuszelle sehen könne.

[5]) *Math. Duval* et *J. V. Laborde*, De l'innervation des mouvements associés des globes oculaires. Etudes d'anatomie et de physiologie expérimentale. *Robin* et *Pouchet*, Journal de l'anatomie et de la physiologie. No. 1, 1880.

teren Längsbündels sich kreuzen und je in die contralaterale Trochlearis- und Oculomotoriuswurzel übergehen. —

Die Verbindung des Acusticus mit dem Kleinhirn hatte schon früher *Foville* statuirt; er liess den Hörnerven vollständig aus demselben entspringen und nennt ihn „nerf cérébelleux“ [1]).

B. Stilling erklärt [2]) für ausgemacht, dass Fasern, die aus dem kleinen Gehirn entspringen, Theile der Bahn des Trigeminus bilden. Er fügt bei: „Ob dies auch von allen übrigen Nerven gesagt werden kann, dass also ein jeder der genannten Nerven, Abducens, Facialis, Acusticus, Quintus (der Oculomotorius gehöre streng genommen nicht hierher, zu den Ponsnerven), bestehe aus Fasern: 1) aus einem grauen Kern, 2) aus dem Rückenmark, 3) des kleinen Gehirns — dies ist eine Frage, welche vorläufig nur angedeutet, aber nicht mit Sicherheit beantwortet werden kann. Wahrscheinlich ist mir dieses Verhalten.“ Einen Hinzutritt von Fasern aus dem kleinen Gehirn zum Trigeminus (auf anderem Wege als dem von mir beschriebenen, er lässt sie am Boden des 4. Ventrikels verlaufen, das Nähere s. l. c.) erklärt er an verschiedenen Stellen [3]) für wahrscheinlich. S. 153 Anm. spricht er von der Möglichkeit, dass Fasern aus dem kleinen Gehirn in die Bahn des Abducens übergehen an der Stelle, vor welcher der gemeinschaftliche Abducens-Facialiskern liegt. Bezüglich des Acusticus theilt er keine Beobachtung über Verbindung mit dem Kleinhirn mit, sagt vielmehr [4]), der Acusticus lege sich an die Massen des kleinen Gehirns an, ohne Fasern davon aufzunehmen oder dahin abzugeben. Auf seinen Tafeln II und III ist die Kleinhirnwurzel des Acusticus (ff'), auf den Tafeln IV und V die des Trigeminus (ff') dargestellt, wenn auch beide weniger entwickelt, als sie in der That erscheinen (*Stilling* hält diese Faserzüge für Fortsetzungen der Keil- und zarten Stränge des

---

[1]) Traité complet de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie du système nerveux cérébro-spinal. Paris 1844.

[2]) Pons S. 152.

[3]) l. c. S. 47, 48, 80, 155.

[4]) l. c. S. 164, Erklärung zu Taf. II.

Rückenmarkes). Den Fasciculus teres hatte *Stilling* als hintere constante Trigeminuswurzel völlig zu diesem Nerven gerechnet [1]).

II. Die spinalen Wurzeln der cerebralen Sinnesnerven [2]).

So lückenhaft unsere Kenntnisse über die Verbindungen der Hirnnerven mit grossem und kleinem Gehirn sind, so wird doch, wie die Uebersicht zeigt, ihrer Erforschung Interesse von vielen Seiten entgegengebracht. Dies ist gegenüber den spinalen Wurzeln der bulbären Nerven von anatomischer und physiologischer Seite seither in weit geringerem Maasse der Fall gewesen, was insofern auffallen muss, als eine solche Wurzel eines derselben schon lange bekannt ist, die des Trigeminus. Nachgewiesen sind Rückenmarkswurzeln der Sinnesnerven: Glossopharyngeus, Acusticus, Trigeminus und Opticus.

Trigeminus.

Vom Rückenmark her im Marke aufsteigend finden wir die deutliche Entwickelung der Radix ascendens nervi trigemini, in den Ebenen, in welchen eben die s. g. motorische Pyramidenkreuzung sich ihrem oberen Ende nähert. Schon etwas tiefer hat sich das laterale Ende des Hinterhornes kolbig verdickt und ist zum Caput cornu posterioris Clarke geworden. An dessen lateralem Rande, zunächst im dorsalen Theile desselben erscheinen Querschnitte seiner Fasern, welche rasch an Zahl zunehmen. Sie sammeln sich zu kleinen Bündeln und wuchern in das Caput cornu hinein. Schon in tieferen Ebenen waren in diesem, nahe seiner Basis, gleichfalls zahlreiche Faserquerschnitte von demselben Kaliber und Aussehen wie die eben erwähnten erschienen. Im Aufsteigen fliessen die einzelnen kleinen Bündel am Rande des Caput cornu zusammen, erstrecken sich über den ganzen lateralen Rand desselben und treten zugleich durch transversale Faserzüge mit

[1]) l. c. S. 33.

[2]) Nach einem Vortrage, gehalten den 17. October 1880 auf der Versammlung des südwestdeutschen psychiatrischen Vereines zu Karlsruhe.

den im Innern des Caput cornu befindlichen Fasern in Verbindung. Diese nehmen ab, während am äusseren Rande die Fasermasse anschwillt, es ist daher kein Zweifel, dass sie in dieselbe übergehen. Die Fasern der Radix asc. n. trig. sind sehr fein, sowohl die gleich anfangs peripher gelegenen, wie die zuerst an der Basis der Hintersäule aufsteigenden. Der Durchmesser der Axencylinder beträgt höchstens 0,001 μ, der der Fasern höchstens 0,003 μ.

Die im Innern des Caput cornu entwickelten Fasern stammen aus Hinter- und Seitenstrang, die äusseren scheinen sich aus der grauen (gelatinösen) Masse des Caput cornu zu entwickeln, theilweise, wie erwähnt, hängen sie mit den inneren zusammen. Für die Entwickelung der inneren wie der äusseren Partie dürften zweifellos die kleinen, sicher nervösen Elemente im Caput cornu und in einem an dessen ventraler Seite gelegenen beträchtlichen Kern, den ich Nucleus lateralis posterior nenne, von Belang sein [1]).

Die Faserquerschnitte im Innern des Caput cornu schwinden mehr und mehr beim Aufsteigen im Marke, während der wachsende Querschnitt der lateral der gelatinösen Substanz aufsteigenden Wurzel zunächst die Gestalt einer Keule mit ventraler Spitze annimmt. Indem die Faserzahl dieser Wurzel wächst, wird ihr Durchmesser gleichförmiger; sie umfasst als halbmondförmige Platte das Caput cornu und dieses wird beträchtlich reducirt.

Die Rad. asc. sammt dem verkleinerten Cap. cornu rückt allmälig weiter ventral, und unmittelbar nach Eröffnung des 4. Ventrikels liegen ihre dorsale Grenze und diejenige des Hypoglossuskernes ziemlich genau in derselben frontalen Ebene.

Nach oben tritt sie noch weiter ventral und befindet sich in den obersten Schichten der Oblongata, unmittelbar unterhalb des Auftretens der Trapezoidbündel am ventralen Rande des Markes.

[1]) Diese Verhältnisse, welche bisher noch nicht dargestellt sind, die Entstehung eines Theiles der Rad. asc. im Innern des Cap. corn. nahe der Basis (man lässt sie allgemein ausschliesslich an dessen äusserer Seite sich entwickeln), die Betheiligung des Seitenstranges an ihrer Bildung und den N. lat. post. werde ich an anderem Orte eingehender besprechen.

Sie wird von einem grossen Theile der Vaguswurzeln durchsetzt und manche Bilder haben mir sehr wahrscheinlich gemacht, dass sie Fasern an diese abgiebt. Die Wurzeln des Glossopharyngeus durchziehen sie gleichfalls zum Theil, verlaufen aber meistens an ihrem dorsalen Rande, wobei sie dann nur zuweilen ein kleines dorsales Segment abschneiden. Die Acusticusbündel ziehen an ihrem dorsalen und lateralen Rande vorüber, die des Facialis an ihrem medialen. Auch mit Glossopharyngeus und Acusticus ist mir eine Faserverbindung wahrscheinlich geworden.

In starken Zügen wird die Rad. asc. von den Bündeln durchsetzt, welche Olive und Corpus restiforme verbinden. Im unteren Theile des Pons ziehen die mächtigen Bündel, welche dem Corpus trapezoides der Säugethiere entsprechen, und sich nach oben anschliessende transversale Züge der Brückenarme an ihrem ventralen Rande vorüber; hier ist auch Faserverbindung mit der medialen Schleife vorhanden. Die gelatinöse Substanz, mehr und mehr reducirt, geht schliesslich in die Convolutio quinti [1]) über, die aufsteigende Wurzel biegt in die austretende vollständig um.

Die aufsteigende Trigeminuswurzel ist schon lange entdeckt.

Der Erste, welcher den Trigeminus bis in die tieferen Schichten der Oblongata verfolgte, dürfte *J. D. Santorini* gewesen sein. Er sagt [2]): Tertius autem earundem fasciculus, qui multo cortice annularis dictae protuberantiae mollior est, non ex eodem progigni loco verum inferius diversam longe nancisci originem apparet. Hunc igitur quoniam firmiorem nonnunquam inveni diligenter prosequutus in intimiora primum annularis protuberantiae sese conjicere vidisse visus sum, tum a ceteris sive transversim sive secundum longitudinem productis fibris discretum infra eam se demittere observavi, atque eo usque sum persequutus, unde in interiorem medullae oblongatae caudicem conjectus fere inter

[1]) Die sensibeln Trigeminuskerne der Autoren. Vgl. die Schleife l. c. S. 277 Anm.

[2]) Observationes anatomicae *Joan. Dominici Santorini.* Venet. 1724. S. 65 f.

Olivaria et Pyramidalia corpora locatus, quo demum pergeret, cum tenujum fibrarum implexus tum earundem mollitudo ne consequeres omnino prohibuere. Utrum vero ex superioribus medullae oblongatae demissis primum rursumque versum postmodum reflexis fibris is ortum trahat, an ab inferioribus, in superiora provectis seu denique quadantenus a cinerea substantia, quae in olivarium corporum interiore parte perbelle est, non satis constat.“

Winslow verfolgte eine Wurzel des Trigeminus gleichfalls bis zu Oliven und Pyramiden der Oblongata. „Ces deux Nerfs sont d'abord de gros troncs, qui tirent chacun leur origine principalement des parties latérales et des parties postérieures de la grosse Protubérance transversale et un peu des Corps Olivaires et des Corps Pyramidaux“ [1]).

Wrisberg verfolgte die Wurzel unseres Nerven bis in die Corpora pyramidalia des verlängerten Markes und sagt, er habe einmal constatiren können, was *Winslow* und *Cl. Aimé Mathei* angeben, dass der Ursprung des 5. Paares nicht allein aus den Pedunculis cerebelli erfolge, sondern auch von andern Regionen wie den seitlichen Lappen des Kleinhirns, ja dass sogar auch aus der Medulla oblongata und ihren Oliven und Pyramiden zum Trigeminus accessorische Fäden kämen [2]).

Gall [3]) sagt: „Chez les animaux mammifères on voit, au bord extérieur de la surface inférieure de la masse commune“ (des N. trigeminus) „un gros faisceau, qui passe sous la bande transversale déjà mentionnée et se détache entr'elle et la protubérance annulaire. Chez le singe et chez l'homme ce faisceau est couvert en partie par la large protubérance annulaire; voilà pourquoi il paraît prendre naissance dans le milieu de cette partie. Mais si on enlève avec précaution la moitié postérieure du pont, jusqu'au faisceau de ce nerf, l'on peut aisément suivre son cours entier jusqu'au dessous du

[1]) Exposition anatomique de la structure du corps humain. Amsterdam 1732. Band 4, S. 182.

[2]) *Wrisberg*, Observationes anatomicae de quinto pare nervorum encephali. Götting. 1777.

[3]) *Gall* et *Spurzheim*, Anatomie et Physiologie du système nerveux. Paris 1810. S. 107.

côté extérieur des corps olivaires. Auf Tafel V (l. c.) ist unter ki die Wurzel als scharf markirter Strang im Wesentlichen vollkommen richtig dargestellt.

Niemeyer sah ihn bald mit grösserer, bald geringerer Deutlichkeit in das verlängerte Mark hinabreichen [1]). Er bezieht sich dabei auf *Santorini*, *Winslow*, *Wrisberg*, *Gall*. Dieser spreche zu bestimmt von der Endigung des Nerven in den Corporibus olivaribus, was wahrscheinlich sei, doch nicht mit apodictischer Gewissheit behauptet werden könne.

Burdach verfolgte die Radix ascendens n. trig. in analoger Weise [2]): „Man kann ihn" (den unteren herabsteigenden Theil des Bogens, welchen der Stamm in der Brücke bildet), „von der Brücke aus in das verlängerte Mark abschälen, an der äusseren Seite der Olive und an der inneren Seite der Einsenkung des Zungenschlundkopfnerven und des herumschweifenden Nerven, ohne einen dieser Theile dabei zu verletzen. Gewiss ist es, dass er in den äusseren Hülsenstrang eingeht und nicht weiter nach vorn und innen reicht. Dagegen liegt er dicht an der hinteren Wurzelreihe und an dem hinteren grauen Seitenstrang, und es fragt sich, ob er nicht auch in diesen sich einsenkt. In der That sieht man zuweilen ganz bestimmt, dass er wenigstens zum Theil in den markigen Seitenstrang übergeht und sich soweit nach unten in ihm verfolgen lässt, wo dieser an die äussere Seite des hinteren grauen Stranges sich anlegt."

Nach *Longet* [3]) setzt sich der Stamm des Trigeminus zusammen aus der racine ganglionaire ou sensitive und der racine motrice ou nerf crotaphyto-buccal. „La racine ganglionaire est facilement à suivre, à travers la substance grise et les fibres transverses de la protubérance, jusqu'au bulbe rhachidien où elle disparaît entre le faisceau latéral et le corps restiforme, avec lequel elle semble bientôt se confondre; une ligne fictive, tracée horizontalement au niveau de l'extrémité inférieure

---

[1]) Ueber den Ursprung des fünften Nervenpaares des Gehirns. *Reil* und *Autenrieth*, Archiv für die Physiologie. 11. Band. Halle 1812.

[2]) Vom Baue und Leben des Gehirns. Leipzig 1826. I, S. 88.

[3]) Anatomie et physiologie du système nerveux de l'homme et des animaux vertébrés. Paris 1842. Tome II.

des olives, poserait la limite au-dessous de laquelle ordinairement cette racine amoindrie ne peut plus être distinguée.“ Auf Fig. 9 Taf. I (l. c.) ist die Rad. asc. n. trig. als völlig isolirter, starker Strang von der Austrittsstelle bis beinahe zum unteren Ende der unteren Olive reichend dargestellt.

Merkwürdiger Weise sind diese Darstellungen sehr bald in Vergessenheit gerathen, in welcher sie sich auch heute befinden, ich habe wenigstens bei keinem Neurologen der neueren Zeit einen Bezug darauf gefunden.

Es blieb *Stilling* vorbehalten, die aufsteigende Trigeminuswurzel neu zu entdecken und zuerst ihre anatomischen Verhältnisse durch die mikroskopische Untersuchung klar zu legen und richtig zu stellen. Er erkannte, dass es der Hinterstrang des Rückenmarkes ist, in welchen sie hinabreicht. Es ist nach ihm [1]) „die hintere Abtheilung der weissen Hinterstränge des Rückenmarkes, welche den grössten Theil des N. trigeminus bildet oder als Nervus trigeminus peripherisch im Körper endigt“. Die gelatinöse Substanz des Caput cornu verfolgte er bis in den unteren Zweihügel. *Stilling* beschreibt ferner „hintere inconstante Trigeminuswurzeln“, die er als möglicherweise aus den hinteren Abtheilungen der jenseitigen fortgesetzten Rückenmark-Vorderstränge (den hinteren Längsbündeln) stammend betrachtet.

Seit *Stilling* ist die Rad. asc. n. trig. meines Wissens von sämmtlichen Autoren im Wesentlichen übereinstimmend beschrieben worden, auch von *Henle* in der 2. Auflage seiner Nervenlehre, während er sie in der ersten nicht angenommen hatte.

Eine Verbindung der aufsteigenden Trigeminuswurzel mit Vagus und Glossopharyngeus wird von *Clarke* angenommen. Er bezeichnet [2]) die gelatinöse Substanz als eines der Ursprungscentren dieser Nerven.

Dean konnte dies nicht bestätigen [3]).

---

[1]) Pons S. 45.

[2]) l. c. 1868, S. 284.

[3]) The form and structure of the gray substance of the medulla oblongata, human and mammalian. Smithsonian contributions to knowledge. Washington 1870. S. 26 und 31.

Eine Verbindung der aufsteigenden Trigeminuswurzel mit dem Acusticus statuiren beide [1]).

Schröder van der Kolk behauptet [2]), dass der Stamm des Trigeminus mit den Kernen aller Nerven der Medulla oblongata, sowie mit den Beiganglien und den Oliven in Verbindung stehe, nur mit dem Abducens nicht. Aus dem Vaguskern besonders lässt er dicke Faserbündel sich zum Theil in der Radix ascendens verlieren.

Meynert giebt [3]), sich auf *Clarke* beziehend, für Vagus und Glossopharyngeus „Wurzelursprünge aus gelatinöser Substanz, innerhalb der aufsteigenden Quintuswurzeln" an. *Huguenin* lässt [4]) diese Frage unentschieden.

Henle und *W. Krause* sprechen sich hierüber nicht aus, *Schwalbe* registrirt [5]) die Angabe von *Clarke* bezüglich der Entstehung von Wurzelfasern des Vagus aus dem Caput cornu.

Glossopharyngeus [6]).

Der untere Beginn der Radix ascendens nervi glossopharyngei ist mit Deutlichkeit in der Höhe der nahezu vollendeten s. g. sensibeln Pyramidenkreuzung zu constatiren.

---

[1]) *Clarke*, l. c. 1868. S. 292, *Dean*, l. c., S. 47.

[2]) Bau und Functionen der Medulla spinalis und oblongata. Deutsch von *Theile*. Braunschweig 1859. S. 126 f.

[3]) *Stricker*, S. 790.

[4]) l. c. S. 190 f.

[5]) l. c. S. 663. *Schwalbe* nennt auch *Dean* als Solchen, der die Entstehung von Vagusfasern aus dem Caput cornu angebe. *Dean* sagt aber vielmehr (l. c. S. 26): „As stated by him (sc. *Clarke*) the bundles pass through the caput cornu on their inward course, penetrating the longitudinal fasciculi, derived from the root of the trifacial which are inclosed in its substance. I have not, however, been able to trace any direct communication between them, the roots of the vagus passing directly onwards, pursuing apparently an unbroken course." Desgleichen bemerkt er S. 31: „*Schröder van der Kolk* has supposed that a connection exists between the trifacial and glossopharyngeal, from the fact that the latter passes through the caput, but as in the case of the vagus, I have found no evidence of any direct communication between the glossopharyngeal roots and the bundles which descend through the caput from the fifth nerve."

[6]) Vgl. *Roller*, Der centrale Verlauf des N. glossopharyngeus. *v. La Valette St. George* und *Waldeyer*, Archiv für mikroskopische Anatomie. Bd. XIX.

Feine Fasern treten hier in anfangs geringer, rasch wachsender Zahl auf. Sie stammen wahrscheinlich aus dem jenseitigen Funiculus gracilis und verlaufen in der Bahn der Fibrae coronariae zu der gleich anzugebenden Stelle, ferner aus der Fortsetzung der *Clarke*'schen Säule im Halsmark [1]).

Das Bündel, zu welchem diese Fasern zusammentreten, zuweilen in zwei oder mehrere getheilt, liegt lateral und etwas dorsal von dem sich gleichfalls in diesen Ebenen entwickelnden Vaguskerne. Im Aufsteigen rückt es weiter lateral und zugleich etwas ventral.

Nach Eröffnung des 4. Ventrikels behält das Bündel die Lage lateral vom Vaguskern bei, zwischen diesem und dem Funiculus cuneatus, höher oben der Radix ascendens nervi acustici, welche sich dicht lateral von der Glossopharyngeuswurzel entwickelt. Noch höher, wo der Vaguskern allmälig reducirt erscheint, rückt der Strang ein wenig ventral. In den Ebenen, in welchen die aufsteigende Wurzel sich anschickt, in die austretende des Glossopharyngeus überzugehen, biegt sie — unterhalb der Uebergangstelle — noch etwas mehr ventral. Da, wo die Bündel der IX. Wurzel nach und nach aus dem Querschnitt heraus verlaufen, hat sie sich längs des medialen Randes der Rad. asc. n. acust., bis nahe an deren ventrale Grenze geschoben. Die Austritts- (bezw. Eintritts-) bündel des Glossopharyngeus verlaufen an dem ventralen Rande der aufsteigenden Acusticuswurzel und sodann zwischen aufsteigender Trigeminuswurzel, diese theilweise auch durchsetzend, und Corpus restiforme.

Nicht der ganze Strang biegt in die austretende Wurzel um, einzelne Fasern lassen sich weiter nach oben verfolgen.

Die Umbiegung der aufsteigenden in die austretende Glossopharyngeuswurzel vermittelst verhältnissmässig starker, aus dem Stamme herausbiegender Bündel ist besonders schön auf Längsschnitten (etwas schrägen Sagittalschnitten) zu

Ein Uebergang von Fasern der aufsteigenden Glossopharyngeuswurzel in die Vaguswurzeln findet wahrscheinlich nicht Statt. sehen.

[1]) Weitere vielleicht stattfindende Zusüge, s. l. c.

Er würde, falls er vorhanden wäre, jedenfalls nur unbedeutend sein.

Das fragliche Bündel ist von *Stilling* als „dickes Fascikel weisser Längsfasern" beschrieben, von *v. Lenhossék* als runde Bündelformation, von *Reichert* als „laterale Partie der mittleren Mantelsubstanz", von *Meynert* als „solitäres Bündel" und als „gemeinschaftliche aufsteigende Wurzel des seitlichen gemischten Systems"; auch giebt *Meynert* an, dass es mit einem noch ansehnlichen oberen Ende in den IX. umbeuge. Die hervorragende Beziehung zum Glossopharyngeus wurde zuerst von *Clarke* erkannt, er nennt das Bündel „slender column", dann von *Stieda*. Von Autoren, die es ausserdem beschrieben haben, nennen wir *Dean, Huguenin, Duval, Laura, Schwalbe.* Von *Gierke* und *W. Krause* wird es als „Respirationsbündel" aufgefasst. Von sämmtlichen genannten Autoren wird eine Beziehung zu Accessorius, Vagus, Glossopharyngeus angenommen, von Einzelnen besonders die zum Vagus hervorgehoben (*Gierke* erörtert nur diese). *Obersteiner* erklärt es für ausschliessliche Glossopharyngeuswurzel und die Beziehung zum Vagus für jedenfalls unbedeutend. Mit ihm stimme ich, wie meine Darstellung ergiebt, überein [1]).

Acusticus [2]).

Die Rückenmarkswurzel des Hörnerven entwickelt sich aus dem Funiculus cuneatus.

In den Ebenen, in welchen der Funiculus gracilis schwindet, nachdem er seine Fasern zur contralateralen Pyramide, zu der gleichseitigen und zur jenseitigen Olive, sowie direct zum gleichseitigen Corpus restiforme entsandt hatte, tritt zwischen den obersten ventral ziehenden Fasern des genannten Stranges, und nachdem sie geschwunden sind, an ihrer Stelle, graue Masse mit spärlichen Zellen auf. In dieser grauen Masse erscheinen die Fasern der **Radix ascendens nervi acustici.**

---

[1]) Auch bezüglich der Literatur verweise ich auf meine ausführliche Arbeit. Dort s. auch den Nachweis, dass *Goll*, welchen *Henle* hier nennt, das fragliche Bündel nicht im Auge hatte.

[2]) Vgl. *Roller*, Eine aufsteigende Acusticuswurzel, Archiv für mikrosk. Anatomie, Bd. XVIII.

Sie liegt lateral von der Rad. asc. n. glossophar. (s. d.), medial vom Funiculus cuneatus. Die Fasern nehmen rasch an Zahl zu, während der Umfang des Funiculus cuneatus sich verkleinert. Man sieht auf Frontalschnitten die Fasern zum Theil aus dem Funic. cun. in gebogenem Verlaufe heraustreten und das uns beschäftigende Bündel constituiren.

Der Strang, zu welchem die Fasern, zwischen welchen stets reichliche graue Substanz erscheint, zusammentreten, lässt sich aufwärts verfolgen in den Herd des Acusticus, in welchem die bekannten grossen Zellen erscheinen, den Nucleus magnocellularis nervi acustici.

In diesem steigt das Bündel aufwärts bis zu den Ebenen, in welchen die innere Wurzel des VIII. austritt. Deren Anfangs schmale Züge schliessen sich unmittelbar an die Wurzeln des Glossopharyngeus an, werden nach oben umfangreicher und verlassen alsdann in breitem Zuge das Mark zwischen Rad. asc. n. trig. und Corpus restiforme.

Der Funiculus cuneatus ist hier geschwunden. Seine Stelle wird zum Theil von der uns hier beschäftigenden Rad. asc. eingenommen, zum Theil sind seine Fasern in das Corpus restiforme übergegangen, welches hier zu beträchtlichem Umfange entwickelt ist. In diesen Ebenen geht die aufsteigende in die austretende Wurzel über. Zum Theile erfolgt wahrscheinlich der Uebergang indirect durch Vermittelung der Zellen des Herdes. Die Axencylinderfortsätze dieser Zellen in der Richtung der austretenden Wurzelfasern zu verfolgen, gelingt auf Querschnitten nicht, dagegen sind jene Ausläufer auf beträchtliche Strecken von medial nach oben lateral unten zu verfolgen auf etwas schräg zur Ventrikelebene gelegten Frontalschnitten. Sie verfolgen dieselbe Richtung wie die Fasern der oberen Bündel der austretenden Wurzel. Dass ein Strang von unten her in den erwähnten Acusticuskern eintritt, um hier, sei es zu endigen, sei es eine andere Richtung einzuschlagen, ergiebt sich daraus, dass wir beim weiteren Aufsteigen im Herde zu Ebenen gelangen, in welchen die Querschnitte fehlen.

Der Umstand, dass die aus den höheren Schichten des Herdes austretenden Züge der inneren Wurzel des Hörnerven bei ihrem Wege vom Herde zur Peripherie des Markes schräg

von medial oben nach lateral unten verlaufen, ist bei der Verfolgung der Rad. asc. wohl in Betracht zu ziehen. Auch diese steigt erst auf bis zu Ebenen, die oberhalb der Austrittsstellen der einzelnen Bündel liegen, und ihre Fasern biegen sich dann wieder hinab. In den Schichten, wo die austretende Wurzel in mächtigem Strange erscheint, bildet die Rad. asc. eine sich von oben herabbiegende Fasergarbe innerhalb des Herdes. Die tiefer austretenden Wurzelbündel nähern sich in ihrem Verlaufe mehr der direct transversalen Richtung.

Ein Theil der aufsteigenden Fasern biegt in die austretenden unmittelbar um. Einmal zeigen Querschnitte die Fasern in ihrem Uebergange aus der longitudinalen in die transversale Richtung. Auf in gewisser Richtung gelegten Schrägschnitten aber liegt die Umbiegung aus der einen in die andere Richtung unmittelbar vor Augen. Von dieser Thatsache, welche ich in meinem Aufsatze (l. c.) zwar bestimmt, aber etwas vorsichtig ausgesprochen habe, habe ich mich seither zu voller Evidenz überzeugt. Ich besitze Bilder, welche den erwähnten Uebergang in voller Klarheit zeigen.

Ausser dem Uebergang von Fasern aus der Rad. asc. in die innere Wurzel des Acusticus existirt ein solcher auch in die äussere, welche sich um das Corpus restiforme herumschlägt, zum Theil als Fortsetzung der Striae medullares. Man sieht die Fasern aus der aufsteigenden Wurzel den dorsalen Rand des Corpus restiforme umziehen und sich in die äussere Wurzel begeben.

In höheren Ebenen erscheinen innerhalb des Herdes wieder Querschnitte, welche den Fasern der Rad. descend. n. acust. angehören. Diese Wurzel habe ich in den lateralen Schleifenherd und in den Bindearm verfolgt (s. o.)

Eine spinale Acusticuswurzel ist bisher nicht beschrieben. Die Autoren, welche den hier besprochenen Faserzug sahen, deuteten ihn anders.

Er wurde allgemein zum Pedunculus cerebelli inferior gerechnet.

Stilling bezeichnet den Strang [1]) in seinem Verlaufe durch

[1]) Pons S. 45.

die Oblongata und einen Theil des Pons als die „ehemalige vordere Abtheilung der Hinterstränge des Rückenmarkes“. Sie verlaufen nach ihm mit dem Stamm der strickförmigen Körper und können davon nicht wohl unterschieden werden. Indessen ist folgende Stelle [1]) wohl zu beachten: „Je mehr die Abschnitte höhere Schichten treffen, desto mehr ..... schwinden die Querdurchschnittsflächen von Längsfaserbündeln zwischen den queren Fascikeln der (genannten) hinteren Hälfte des Acusticus, und endlich sieht man die Fasern der letzteren gleichfalls dicht und ungetrennt durch andere Elemente, neben einander liegen.“ *Stilling* schliesst hieraus, dass die centralen Fasern des N. acusticus in einem Bogen von aussen und unten nach innen und oben gegen den Boden der vierten Hirnhöhle verlaufen.

Dies ist unzweifelhaft richtig, wir finden aber zugleich in der Angabe *Stilling*'s eine indirecte Bestätigung unserer Darstellung. Hören die von unten kommenden Längsfaserbündel in einer gewissen Höhe innerhalb des Acusticuskernes auf, so ist es klar, dass sie hier endigen oder eine andere Richtung einschlagen.

Meynert nennt die Bündel „innere Abtheilung des Kleinhirnstieles“ [2]).

Clarke leitet die Längsbündel in seinem outer auditory nucleus von den nucl. fun. cun. und fun. grac. ab (von ihm restiform und postpyramidal nucleus genannt), rechnet Reste der weissen Fasern des fun. grac. (posterior pyramid) hinzu und findet im äusseren (unserem grosszelligen) Acusticuskern „the appearance of a remarkably beautiful network composed of nerve-fibres and enclosing in its meshes a multitude of longitudinal fasciculi [3]). Die Beziehung dieser Längsbündel zum Acusticus aber wurde von ihm so wenig wie von den übrigen Autoren erkannt.

Eine indirecte Bestätigung meiner Angaben darf ich in der Bemerkung *Flechsig*'s erkennen, dass die frühzeitige Entstehung der inneren Abtheilung des Kleinhirnstieles vermuthen

---

[1]) Ib. S. 39.

[2]) *Stricker*, Fig. 257 SFC.

[3]) l. c. 1868. S. 290.

lasse, dass sie zu den reflectorischen Systemen beziehentlich peripheren Nerven in inniger Beziehung stehe [1]).

Endlich kann ich zu meiner Befriedigung auf die Taf. XI der 2. Arbeit *Laura*'s [2]) verweisen, auf welcher die aufsteigende Acusticuswurzel abgebildet ist und man namentlich die Biegung der Fasern nach dem grosszelligen Kern evident sieht. Es springt auf der Figur in die Augen, dass diese Fasern nicht denselben Verlauf haben, wie die des daneben befindlichen Corpus restiforme, dass sie vielmehr eine vom Kleinhirn abgewandte Richtung einschlagen. *Laura* findet [3]), dass in den N. magnoc. n. acust., den er „*Deiters*'schen Kern" zu nennen vorschlägt, Fasern von hinten, unten und oben treten. Die Ausläufer der Zellen sah er nach verschiedenen Richtungen sich erstrecken; es ist ihm einigermaassen wahrscheinlich, dass die Fortsätze der Zellen im oberen Theile des Kernes in den Acusticus übergehen [4]). Dies lässt er aber nur für kleinere, diesem Herde angehörige Zellen zu, für die bekannten grossen nimmt er andere Verlaufsrichtungen der Ausläufer an. *Laura* glaubt [5]) mit *Meynert*, dass manche Zellenausläufer in die Acusticuswurzel der anderen Seite übergehen, aber nicht, dass sie aus dem Pedunculus cerebelli kommen.

Opticus [6]).

Eine Rückenmarkswurzel des Opticus verläuft allem Anschein nach in der Schleife.

---

1) l. c. S. 332.

2) Nuove ricerche sull' origine reale dei nervi cerebrali (IX, VIII, VII, VI, V). Estr. dalle Memorie della Reale Accademia delle Scienze di Torino. Serie II. Tom. XXXII. Torino 1879.

3) l. c. S. 16.

4) l. c. „Ma già la considerazione che i prolungamenti nervosi che traggono la loro origine dalle cellole inferiori del nucleo stesso hanno una direzione diversa da quelli delle superiori; che essi hanno con qualche probabilità rapporto coll' acustico e quindi non puó escludersi del tutto la possibilità che anche quelli delle superiori finiscano in esso .... che finalmente i prolungamenti nervosi di queste cellole hanno una direzione ben diversa da quelli delle colossali cellole gangliari."

5) l. c. S. 12.

6) Vgl. *Roller*, Die Schleife. *v. Lavalette St. George* und *Waldeyer*, Archiv für mikrosk. Anat. Band XIX.

Den Stamm der Schleife bildet das Vorderstranggrundbündel *Flechsig.* Dieses ist im Halsmark von dem inneren Hülsenstrange (*Türck,* nach *Burdach*), der Vorderstrang-Pyramidenbahn (*Flechsig*) wohl zu unterscheiden. Er liegt der grauen Vordersäule unmittelbar an, lässt sich durch die Pyramidenkreuzung hindurch verfolgen, erhält Zuzug aus dem Seitenstrange und höchst wahrscheinlich dem Hinterstrange. Seine Fasern finden End- und Ausgangspunkte in der unteren Olive und im Nucleus centralis. In dessen Gebiete vollzieht sich die Scheidung der (medialen) Schleife vom hinteren Längsbündel, welches gleichfalls eine Fortsetzung des Vorderstranggrundbündels darstellt. Im Pons findet, wie es scheint, ein Uebertritt von Schleifenfasern in das Kleinhirn Statt, wohl durch Vermittelung der oberen Olive. Es scheint hier Verbindung der medialen Schleife mit Acusticus und Trigeminus zu bestehen.

Die Schleife dreht sich beim Aufsteigen im Pons aus dem sagittalen in den frontalen Durchmesser des Markes. Unmittelbar über der (muthmaasslichen) Verbindung mit dem Kleinhirn ist ihr Umfang etwas reducirt, nimmt dann wieder zu, offenbar durch Faserentwickelung aus dem an ihrer ventralen Seite gelegenen medialen Schleifenherd.

Die laterale Schleife entwickelt sich in den Ebenen, in welchen der Bindearm in die Haube hereintritt. Sie steht von ihrem Auftreten an in Faserverbindung mit der medialen Schleife, mit welcher sie demnach einen Faserzug bildet. Weitere Zuflüsse erfährt sie (was theils direct nachzuweisen theils höchst wahrscheinlich): aus dem Kleinhirn, aus dem lateralen Schleifenherd, von Acusticus und Trigeminus, insofern aus Centren dieser Nerven Fasern in den lateralen Schleifenherd treten, vielleicht vom Glossopharyngeus.

Weiterhin steht die Schleife in Faserverbindung mit dem Pes pedunculi, dem Bindearm, dem Ganglion des unteren Zweihügels und dem Brachium conjunctivum.

In den oberen Zweihügel tritt ein starkes Bündel des Opticus, die Faserverbindung der Schleife aber findet nicht direct mit diesem innerhalb des oberen Zweihügels Statt. Vielmehr zweigen sich von eben jenem Bündel, während es sich

auf dem Wege zum O. Z. um das Corpus geniculatum mediale herumschlägt, schmale Züge ab, welche die Substanz des genannten Ganglion durchziehen und bis in den Querschnitt der Schleife zu verfolgen sind, in welchem sie sich verlieren. Hiermit wäre eine directe Verbindung von Opticus und Schleife und damit eine directe Rückenmarkswurzel des Sehnerven gegeben. Für dieses Verhalten spricht auch der Umstand, dass von jenen Ebenen an nach abwärts die Schleife an Umfang zunimmt.

Nach ihrer Verbindung mit dem Opticus scheinen Züge der Schleife sich in den Thalamus, vielleicht in den oberen Zweihügel, vielleicht zur inneren Kapsel zu begeben.

Die Vermuthung, dass eine Rückenmarkswurzel des Opticus existire, ist schon von Vielen gehegt worden, und es ergab sich von selbst, hierbei an die Schleife zu denken, da längst der obere Zweihügel als Opticuscentrum betrachtet wird und die Schleife in ihn einzutreten scheint.

Speciell machen auf das fragliche Zusammentreffen *Meynert, Huguenin, W. Krause, Kussmaul* aufmerksam.

Nun ist aber der Eintritt der Schleife in den oberen Zweihügel selbst keineswegs eine evidente Sache. Dies betont auch *Forel* [1]). Ich selbst, überzeugt von dem Vorhandensein einer spinalen Opticuswurzel, welche infolge der Beobachtung fortschreitender bulbärer und spinaler Degerationen [2]) sowie nach physiologischen Erwägungen verschiedener Art nicht bezweifelt werden kann, suchte nach einem Zusammenhang der in der Haube bis in die Ebenen des oberen Zweihügels verfolgten Schleife mit dem Opticus. Vergebens — es blieb zwischen deren Fasern und dem breiten in das Cp. quadrig. ant. hereintretenden Opticusstrange stets graue Substanz, und ich glaubte mich bei der Annahme einer indirecten, durch die Zellen dieser grauen Substanz vermittelten Verbindung beruhigen zu müssen.

---

[1]) l. c. S. 432. — Völlig abzuweisen ist jener Eintritt indessen auch nicht. Vgl. Schleife S. 298.

[2]) So wenig freilich diese bis jetzt in der Oblongata anatomisch constatirt sind.

Ich war dann überrascht im Innern des Corpus geniculatum mediale in verschiedenen Richtungen durchschnittene Faserzüge wahrzunehmen, über deren Natur ich Anfangs im Unklaren war, bis ich ihren Zusammenhang auf der einen Seite mit dem Opticus, auf der andern mit der Schleife entdeckte.

In der Schleife zieht demnach eine Bahn vom Opticuscentrum im oberen Zweihügel rückenmarkwärts, während in ihr allem Anschein nach Bahnen aus einem Acusticus- und einem Trigeminuscentrum vielleicht auch Fasern des Glossopharyngeus cerebralwärts verlaufen.

Dies ist meines Wissens der einzige bis jetzt vorhandene mikroskopische Nachweis dieser Verbindung und damit einer Rückenmarkswurzel des Sehnerven.

Dagegen hat *J. Stilling* makroskopische durch Zerfaserung gefundene absteigende Wurzeln beschrieben: eine durch den Pons nach abwärts verlaufend und in die Pyramidenkreuzung übergehend, sowie eine, welche an der Innenfläche des Corpus geniculatum mediale, ohne in die graue Substanz dieses Ganglions einzutreten, direct in die Schleife übergehe. —

Flechsig hat meine Arbeit über die Schleife nach Abschluss seiner Abhandlung „Zur Anatomie und Entwickelungsgeschichte der Leitungsbahnen im Grosshirn des Menschen“ [1]) erhalten, widmet ihr indessen einige Bemerkungen, auf die ich antworten will. Die Leser meiner Arbeit wissen, dass ich in manchen Punkten von ihm differire.

Die Behauptung, ich sei (in Folge meiner Methode) nicht im Stande obere und untere Pyramidenkreuzung zu trennen, beruht, wie er sich sofort überzeugen kann, auf einem Uebersehen seinerseits. Er findet auf S. 254 meines Aufsatzes die untere, auf der folgenden die obere Pyramidenkreuzung kurz charakterisirt, näher auf die Verhältnisse der Pyramidenkreuzung einzugehen, lag nicht im Plan meiner Arbeit über die Schleife. Dass *Flechsig* Fasern aus den Hintersträngen in die Pyramiden hineinlaufen lässt, weiss ich wohl, er lässt sie aber diese wieder verlassen. Hierum handelt es sich eben. Mir kam es

---

[1]) *His* und *Braune*, Archiv für Anat. und Physiol. Anat. Abtheilg. 1. Heft. 1881.

darauf an die Faserzüge gegeneinander abzugrenzen, und insofern berücksichtigte ich die Ergebnisse, zu welchen andere Forscher gelangt sind. Das Ergebniss der *Flechsig*'schen Untersuchungen aber ist, dass keine Pyramiden-Hinterstrangbahn existirte. Dies erklärt er ja stets mit Bestimmtheit — trotz des Eintrittes der Hinterstrangfasern in die Pyramiden, trotz des Befundes bei der Maus, trotz des Falles von Agenesie der Pyramidenbahnen [1]). Die directe Beobachtung lehrt den Eintritt der Hinterstrangfasern in die Pyramiden, nicht deren Wiederheraustreten. Dies ist besonders auf Sagittalschnitten deutlich, welche jenen Eintritt evident zeigen, davon aber, dass die genannten Fasern die Pyramiden wieder verlassen und sich dorsal ansammeln, nicht eine Andeutung.

Einen Eintritt von Hinterstrangfasern in die Schleife halte auch ich für wahrscheinlich, wenn er auch nicht zweifellos zu constatiren ist. Dies ist in meiner Arbeit ausführlich besprochen wie überhaupt die Quellen, aus welchen die Fasern der Schleife stammen. *Flechsig* hat, indem er behauptet, die Zusammensetzung seiner Olivenzwischenschicht aus zwei grossen Systemen sei mir entgangen, offenbar auch diese Ausführungen in meiner Darstellung übersehen.

Ueber die Methode wenige Worte. Ich will die Vorzüge des kindlichen Markes nicht noch einmal hervorheben, sie stehen ausser Zweifel. Hinsichtlich der Carmintinction, welche *Flechsig* in dem genannten Aufsatze auch anderen Beobachtern als unzweckmässig vorhält, sind seine Ausstellungen sachlich nicht begründet. Werden bei dem von mir beschriebenen Procedere keine befriedigenden Resultate erzielt, so ist dies nicht der Methode zur Last zu legen. Ich zweifle keinen Augenblick, dass selbst diejenigen Forscher, die heute der genannten Tinction abgeneigt sind, zu ihr zurückkehren werden. Mit keiner der gegenwärtig üblichen Methoden sind meiner Ueberzeugung nach so klare, für die Untersuchung der feinsten Details so geeignete Bilder des ausgebildeten, normalen Mar-

---

[1]) Leitungbahnen, S. 120 ff. Archiv der Heilkunde, Band XVIII. S. 472 ff. — In einem anderen Falle, Archiv der Heilkunde, Bd. XIX, S. 59 spricht *Flechsig* von einer „wohl zufälligen Combination von „Sclerose" der Pyramidenbahnen und der Goll'schen Stränge".

kes zu erreichen wie die, welche man bei der nöthigen Sorgfalt und Geduld auf dem von mir befolgten Wege erhält. Bei der Anwendung des *Beale*'schen Carmin ist von einer Ueberladung mit dem Farbstoff keine Rede. Die Färbung ist im Allgemeinen eine sehr mässige und dabei scharf differenzirende, indem das Nervenmark das Carmin nicht aufnimmt, Neuroglia, Ganglienzellen, Kerne und Kernkörperchen sowie Axencylinder dagegen gefärbt erscheinen aber in sehr verschieden abgestuftem Grade.

Wenn ich nun die Frontalschnitte betrachte, welche jedem Beobachter, dem ich sie demonstrirte, den continuirlichen und ausgiebigen Faserzusammenhang der medialen Schleife mit dem Vorderstranggrundbündel des Rückenmarkes evident machten [1]), und *Flechsig*'s Aeusserung, er halte die Behauptung aufrecht, dass Olivenzwischenschicht und Vorderstranggrundbündel in der Hauptsache Nichts mit einander zu thun hätten, daneben stelle, so scheint mir hier ein weiterer Einwand gegen die Allgemeingültigkeit der *Flechsig*'schen Methode gegeben.

Die „übrigen Differenzen" erklärt *Flechsig* für zum Theil nur scheinbar, ohne sie indessen zu nennen.

Mit meinen Ausführungen berührt er sich u. A. durch die auf vergoldeten Sagittalschnitten gemachte Beobachtung [2]), dass sich in der untersten Abtheilung der Brücke Faserzüge von feinem Caliber von der Schleife ablösen und in ventral davon gelegener grauer Substanz sich auflösend zwischen den Ganglienzellen verschwinden (vgl. Schleife S. 278); — ferner durch seine Erwägung [3]), ob möglicher Weise die Bahnen des Gesichtes, Gehöres, Geruches, Geschmackes in den hintersten Bündeln der Haubenstrahlung (Schleifen-Fortsetzung?) enthalten seien.

Erwägungen.

Ueber die physiologische Bedeutung der **Verbindungen der Hirnnerven mit dem Grosshirn** werden im Allgemeinen

[1]) Vgl. Schleife, Fig. 15.

[2]) l. c. S. 23.

[3]) l. c. S. 63.

die Anschauungen übereinstimmen, über die mit dem Kleinhirn sind brauchbare Hypothesen zur Zeit meines Erachtens nicht möglich, ausser, wo die motorischen Hirnnerven in Frage kommen und es frei steht anzunehmen, dass das Kleinhirn seine coordinatorische Thätigkeit auch diesen gegenüber übe. Welche Functionen aber ihm hinsichtlich der Sinneswahrnehmungen zukommen, ist vorläufig völlig dunkel. —

Die spinalen Wurzeln, selbst die schon so lange bekannte des Trigeminus, sind seitens der Physiologen, mit wenigen zu erwähnenden Ausnahmen, seither so gut wie unberücksichtigt geblieben. *B. Stilling*'s Erwartung, dass die Beobachtung des Ueberganges eines Theiles der Rückenmark-Hinterstränge in den Trigeminus — sein werde ein „fundamentum, quo nova nervorum physiologia exstruatur", hat sich nicht erfüllt[1]).

Schon vorher hatte *Longet*, welcher, wie ich oben mitgetheilt habe, die aufsteigende Trigeminuswurzel wohl kannte, die „fusion de la grosse racine de trijumeau avec le prolongement du cordon sensitif du la moëlle" als „bien digne de remarque" bezeichnet[2]). Er bezieht sich dabei auf *Santorini, Gall* und besonders *Rolando.*

Es fragt sich: welche Bedeutung dürfen wir muthmaasslich den spinalen Wurzeln der cerebralen Sinnesnerven zuerkennen? Sind sie sensible oder motorische Bahnen, oder enthalten sie solche beiderlei Art?

Ist das Erste der Fall, so würden wir ein Verhalten vor uns haben entsprechend demjenigen, welches in der That, einigen Forschern zufolge, im Rückenmarke für die in dasselbe eintretenden sensibeln Nerven besteht, und welches *Türck* in einer gleich zu erwähnenden Arbeit „centrifugale Sensibilität" nennt. Die Frage ist schwierig zu lösen. Die Befunde in pathologischen Fällen und die Ergebnisse der physiologischen Versuche pflegen gerade auf diesem Gebiete nicht eindeutig zu sein. Bei der Verschlungenheit der Bahnen im Marke kann die Sensibilität nur in seltenen Fällen experimentell direct geprüft werden.

---

1) Pons S. 45.

2) l. c.

Auf ihr Verhalten muss meistens aus dem Eintritt oder Ausbleiben von Reflexbewegungen geschlossen werden. In solchen Fällen ist offenbar noch mehr als in anderen der Deutung der Versuche ein weiter Spielraum gelassen.

„Centrifugale Sensibilität" im Rückenmarke nehmen *Stilling, Türck* und *Brown-Séquard* an. *Stilling* sagt[1]): „Schneidet man einem Frosche die sämmtlichen hinteren Wurzeln für die Nerven beider Hinterpfoten durch, köpft denselben alsdann über dem 1. Wirbel und bringt beide Hinterpfoten in die grösstmögliche Abduction oder legt sie gerade ausgestreckt nach hinten, so sieht man, wenn die Vorderpfote mit einem Tropfen Essigsäure betupft wird, augenblicklich die entsprechende Hinterpfote (oder auch beide) an den Leib angezogen und nach der gereizten Stelle hingeführt werden. Bewirkte also im vorhergehenden Versuche" (dessen Mittheilung hier überflüssig ist) „der Reiz auf einen unverletzten Theil des Rückenmarkes die Fortpflanzung des Gefühls von unten nach oben, so sehen wir in dem gegenwärtigen Versuche die Fortpflanzung des Gefühls von oben nach unten, ohne Vermittelung der hinteren Nervenwurzeln".

Dessgleichen sagt er in einer anderen Arbeit[2]): „Die Hinterstränge leiten Eindrücke des oberen Rückenmarkstheils auf den unteren über, in der Richtung von oben nach unten und ausschliesslich mittelst ihrer eigenthümlichen Organisation, ohne Mithülfe der Vorderstränge."

Türck fand bei halbseitiger Rückenmarkstrennung Hyperästhesie der gleichnamigen Extremitäten und kommt[3]) nach Erwägung der möglichen Erklärungen zur Annahme von centrifugal leitenden Fasern, welche den Wundreiz von der Durch-

[1]) Fragmente zur Lehre von der Verrichtung des Nervensystems. Archiv für physiologische Heilkunde von *Roser* und *Wunderlich*. I. Jahrgang. Stuttgart 1842, S. 129.

[2]) Untersuchungen über die Functionen des Rückenmarks und der Nerven. Mit specieller Beziehung auf die Abhandlungen *J. van Deen*'s zur Physiologie des Rückenmarks u. s. w. Leipzig 1842. S. 74.

[3]) Ueber den Zustand der Sensibilität nach theilweiser Trennung des Rückenmarkes. Zeitschr. der k. k. Gesellschaft der Aerzte zu Wien. 1851. S. 200 f.

trennung des Rückenmarkes nach abwärts leiten. Er lässt die weitere Möglichkeit zu, dass die centrifugal leitenden Fasern nach aussen treten und wieder als centripetal leitende umkehren. Dies erklärt er für zweifelhaft, die Annahme centrifugal leitender Fasern, zu deren Annahme wir auf dem Wege der Ausschliessung hingeführt würden, nur als einigermaassen wahrscheinlich. An einer anderen Stelle (ibid.) bezeichnet er diese Annahme nochmals als wahrscheinlich [1]).

Brown-Séquard gelangt zu ähnlichen Resultaten. Es heisst [2]) in einem Berichte über seine Versuche: „Conséquemment les cordons postérieurs ne sont pas exclusivement composés de fibres transmettant les impressions en avant (ou en haut chez l'homme), mais ils contiennent aussi des fibres qui propagent ces impressions dans la direction opposée. Le docteur *Brown-Séquard* ne peut pas dire quel est le rapport numérique de les deux différents ordres de fibres sensitives c'est-à-dire celles qui transmettent en avant et celles qui transmettent en arrière les impressions. Toutefois l'expérience suivante lui a paru démontrer que celles de la dernière espèce sont les plus nombreuses. Si après avoir séparé un fragment des cordons postérieurs des parties antérieures de la moelle épinière au lieu de diviser l'extrémité céphalique, on divise l'extrémité coccygienne, on trouve que la douleur produite par une excitation de cette coccygienne semble être moins considérable que la douleur causée dans l'expérience où l'excitation est faite sur l'extrémité céphalique.“ Zuletzt heisst es von diesen Fasern: „Très-vraisemblablement elles se dirigent d'abord en arrière, entrent ensuite dans la substance grise, où elles s'unissent aux cellules nerveuses de cette substance et finalement se prolongent d'une cellule à l'autre. Il paraîtrait donc qu'il existe des fibres récurrentes dans les parties postérieures de la moelle épinière“ [3]).

---

[1]) Die Beobachtung der Hyperästhesie der gleichnamigen Extremitäten nach halbseitiger Rückenmarkdurchschneidung ist seit *Fodera* von Vielen gemacht, aber verschieden erklärt worden. Ich gehe hier darauf nicht ein.

[2]) Gazette médicale de Paris 1853, S. 430.

[3]) Auch an anderen Stellen spricht *Brown-Séquard* von solchen Fasern, so in seinem „Course of lectures on the physiology and pathology of the central nervous system“. Philadelphia 1860. Hier heisst es z. B. S. 26:

Die anatomische Beobachtung von absteigenden Fasern der hinteren Wurzeln ist auch sonst gemacht.

Clarke beschreibt[1]) verschiedene Arten des Verlaufes der hinteren Wurzelfasern und lässt eine gewisse Anzahl derselben sich eine Strecke weit nach abwärts begeben.

Goll unterscheidet[2]) eine obere und innere Hälfte der hinteren Nervenwurzeln, welche nach auf- oder abwärts in den Hintersträngen in die Längsrichtung übergehe.

Gerlach hält dagegen die Umbiegung von Fasern der hinteren Wurzeln nach abwärts nicht für sicher[3]), und *Henle* erklärt[4]) die Umbiegungen nach oben wie nach unten für „künstlich veranlasst durch den Zug des Messers, dem die zufällig durchschnittenen Fasern anhaften und eine Strecke weit folgen".

W. Krause aber lässt[5]) die mittleren Fasern der hinteren Wurzeln in der gelatinösen Substanz schräg aufsteigen und dann theils nach aufwärts, zum kleineren Theile auch nach abwärts umbiegend in longitudinale resp. annähernd senkrechte Bündel feiner varicöser Nervenfasern übergehen. Er erklärt[6]) die Wurzelbündel der Rad. asc. n. trig. für homolog den absteigenden Fasermassen der hinteren Rückenmarksnervenwurzeln.

Ueber die physiologische Seite der Frage sprechen sich diese Autoren nicht aus.

Die heutige Physiologie verwirft entschieden die Annahme einer „centrifugalen Sensibilität".

„Experiments which it is useless to describe seem to show also that there are some fibres from the posterior roots which ascend and others which descend, in the lateral columns and in the posterior horns" u. s. w.

[1]) On certain functions of the spinal cord with further investigations into its structure. Philosophical transactions. London 1853.

[2]) Beiträge zur feineren Anatomie des menschlichen Rückenmarks. Denkschrift der medicinisch-chirurgischen Gesellschaft des Cantons Zürich. Zürich 1860. S. 155.

[3]) Von dem Rückenmark. *Stricker*, Handbuch der Lehre von den Geweben. Leipzig 1870. S. 676: „vielleicht auch abwärts".

[4]) l. c. S. 71.

[5]) l. c. S. 390.

[6]) l. c. S. 420.

Goltz sagt [1]), die wunderliche Lehre *Stilling's* von der Fortpflanzung des Gefühles von oben nach unten habe wohl nur noch historisches Interesse. Er erwähnt den oben mitgetheilten Versuch *Stilling's* und fügt bei: „Für uns ist dies ein ganz einfacher Reflexversuch, den wir so erklären: Der Reiz auf die Vorderpfote wird mittelst der unversehrten sensibeln Nerven derselben zur grauen Substanz des Rückenmarkes geleitet. Dort wird der Reflex ausgelöst, d. i. auf der Bahn der motorischen Leitung innerhalb des Rückenmarkes wird die Erregung fortgepflanzt bis zu den vorderen unversehrten Wurzeln der Hinterbeine" u. s. w. —

Während die seither mitgetheilten Beobachtungen sich auf das Rückenmark beziehen, liegt über das Verhalten der im verlängerten Marke nach abwärts verlaufenden Wurzeln der Sinnesnerven meines Wissens nur eine vereinzelte Beobachtung vor.

Diese rührt von *Vulpian* her und bezieht sich auf die Radix ascendens nervi trigemini. Er fand diese sensibel: „Les prolongements des faisceaux postérieurs sont très-sensibles. Les racines descendantes de la cinquième paire crânienne (ou nerfs trijumeaux), qui sont, comme nous l'avons vu, contenues dans le bulbe rachidien, sont également sensibles, quand on les pince à la surface du bulbe." [2]).

Ist diese Beobachtung richtig, handelte es sich hier deutlich um eine Gefühls- bezwse. Schmerzäusserung von Seiten des Thieres, so stehen wir vor der merkwürdigen Thatsache, dass der Trigeminus unterhalb der Eintrittsstelle in's Mark, im Verlaufe des Stranges, welcher bis in das Rückenmark hinabreicht, sensibel ist. Dies wäre in der That „centrifugale Sensibilität". Ich enthalte mich der Erörterung der Consequenzen, welche das Vorhandensein einer in den absteigenden Wurzeln der Sinnesnerven in's Rückenmark hinabgeleiteten Sensibilität mit sich führen würde. Ein derartiges Verhalten

---

[1]) Dr. *Benedikt Stilling.* Gedächtnissrede u. s. w. von *Kussmaul*, mit zahlreichen Noten von *Goltz*, *Waldeyer* und *Kussmaul.* Strassburg 1879. S. 49 f.

[2]) Leçons sur la physiologie générale et comparée du système nerveux. Paris 1866. S. 486.

befriedigend zu erklären, würde bei dem gegenwärtigen Stande unserer Kenntniss der Vorgänge im centralen Nervensystem auf alle Fälle erhebliche Schwierigkeiten bieten.

Ist es gegenwärtig nicht möglich festzustellen, ob die spinalen Sinnesnervenwurzeln der specifischen Function dieser Nerven dienen oder nicht, so dürfen wir folgende Annahme, wie ich glaube, mit sehr grosser Wahrscheinlichkeit machen. Es ist die, dass jene Wurzeln die Bahnen für die durch Erregung der Sinnesnerven ausgelösten Reflexe enthalten. Selbst, wenn sie sensorisch leiten sollten, würden wir daneben die genannten Wege in ihnen vermuthen müssen. Bei der Häufigkeit und Promptheit der auf Sinneseindrücke erfolgenden, durch das Bewusstsein nicht vermittelten Bewegungen, würde das Vorhandensein ausgiebiger präformirter Bahnen unzweifelhaft einer physiologischen Forderung entsprechen.

Strassburg, Mai 1881.

Dementia acuta und Stupor (und verwandte Zustände).

Von

Schüle.

In einem jüngst in den Charité-Annalen, VI. Jahrgang, von *O. Binswanger* unter *Westphal*'s Auspicien erschienenen Aufsatz ist die Frage von der acuten heilbaren Dementia auf's Neue ventilirt worden. Verf. kommt auf Grundlage eines beigebrachten casuistischen Falles (primäre Dementia hohen Grades in der Schwangerschaft mit ziemlich rascher und vollständiger Genesung einige Wochen nach der Niederkunft) und einer kritischen Richtung der Literatur zu einem eigenthümlichen Schlussergebniss. Er will nämlich nur jene („sehr seltenen") Fälle als Dementia acuta noch gelten lassen, in welchen sofort und direct der ausgeprägte Blödsinn vorhanden ist, der seinerseits von terminalen und acuten Blödsinnszuständen sich nur durch die Heilbarkeit unterscheidet, und mit dem Begriffe Stupor nur die äussere Erscheinung zum Theile gemein hat. Alle anderen von den neueren Schriftstellern aufgeführten Fälle von blosser Verdunkelung des Bewusstseins — mag diese auch bis zur scheinbaren Perceptionslosigkeit gesteigert sein — gehören nach des Verfassers Standpunkt nicht hierher, sondern zum Stupor, welcher theils als selbstständige Krankheitsform, theils intercurrent bei anderen Zustandsformen auftritt, bald von nur kurzer Dauer ist, bald aber auch einen grösseren Zeitraum umfassen kann (8 Monate nach einer Beobachtung des Verf.'s). Auch beim Stupor können Störungen in der vegetativen Sphäre, in der Motilität und Sensibilität mitgehen. —

Das Alles ändert an der neuen Abgränzung des (heilbaren) Dementia acuta-Begriffs Nichts. Das Wesentliche ist und bleibt, dass beim Stupor blos eine Aufhebung, Verdunkelung der intellectuellen Acte vorhanden ist, beim primären acuten Blödsinn dagegen eine Vernichtung, ein Zugrundegehen der Elemente einer complicirten Gedankenarbeit. Höchstens, dass hiervon noch die einfachsten Rudimente vorhanden bleiben, während beim Stupor hinter dem Schleier noch abgeblasste Perceptionen vor sich gehen, ja nicht selten eine Fluth von Wahnvorstellungen und hallucinatorischen Erregungen intercurrent durchbricht. Dass der Kranke hiervon später d. h. nach der Genesung Nichts mehr weiss, hat für den Verf. Nichts Befremdendes, insofern auch im Stupor eine zeitweilig völlige Aufhebung der Denkfähigkeit zuzulassen sei.

Um so schärfer diese supponirte Unterscheidung durchzuführen und festzuhalten versucht wird, um so weniger lässt sich das Gefühl der Gezwungenheit einer solchen Trennung verleugnen. Zwei Krankheitsvorgänge von demselben Verlaufscharakter, beide von ausgesprochen acut cerebraler Natur, mit den gleichen Hauptsymptomen einer höchstgradigen Bewusstseinsstörung, beide mit sensibeln, motorischen und trophischen Affectionen ausgestattet — unterscheiden sie sich nur, dass in der einen Gruppe die Bewusstseinsstörung nur auf einer Verdunkelung, in der anderen dagegen auf einer wirklichen „Vernichtung der psychischen Elemente" bestehen soll. Dass diese Differenz jedoch keine durchgreifende und absolute ist, giebt Verf. durch die oben beregte Zulassung von zeitweiligen Uebergangszuständen zu. Diese Concession dürfte nun die aufgestellte Unterscheidung noch nicht hinfällig machen; ebensowenig wie der normale Fluss psychischen Geschehens lassen sich dessen pathologische Abänderungen in festgeschiedene Zustände und Symptomenbilder einzwängen. Welche Menge fliessender Uebergänge giebt es nur zwischen Tobsucht und Manie! Und dennoch auch wieder so manche Unterschiede, dass es für zulässig allgemein angenommen ist beide Gruppen auseinanderzuhalten. Aber um so berechtigter scheint dafür die andere Frage: giebt das eine Symptom der Form der Bewusstseinsstörung im Stupor und der in Dementia acuta das genügende

Moment ab für die specifische Differenz, welche Verf. zwischen beiden Gruppen aufstellt? Lässt sich überhaupt eine blosse Verdunkelung einerseits, von einer Vernichtung der psychischen Elemente anderseits im gegebenen Falle und immer sicher unterscheiden? Ich möchte Dies sehr bezweifeln. Intercurrente hallucinatorische Erregungen oder selbst acute Gewaltacte können doch unmöglich den Maassstab für ein noch gradweise geschontes psychisches Geschehen abgeben — Symptome, welche selbst von so tief pathologischer Natur sind, und erfahrungsgemäss bei den zweifellos schwersten und unheilbaren Blödsinnsfällen vorzukommen pflegen. Die urgirte Differenz würde doch nur besagen, dass in einem Falle noch Reizvorgänge den cerebralen Niedergang begleiten, im andern aber solche fehlen. Ein Wesensunterschied könnte unmöglich darin gelegen sein, um so weniger, als beide Verlaufsarten zum selben Endergebniss führen.

Dieses letztere Merkmal scheint mir so schwerwiegend, dass ich darauf eine Einsprache gegen die Auffassung des Verf.'s erheben muss. Es giebt nämlich eine Reihe von Fällen, welche alle die von *Binswanger* geltend gemachten Symptomendifferenzen darbieten, und dennoch in demselben acuten Verlaufe in den gleichen perfecten Blödsinn verlaufen und daraus wieder heilbar sind — gerade wie der genannte Autor diesen Gang für seine Separatgruppe der heilbaren primären Dementia in Anspruch nimmt. Ich führe ein hierher gehöriges Beispiel aus meiner hiesigen Beobachtung an:

Fall I. S. D—ch, 20 Jahre alt, ledig, von mütterlicher Seite (Puerperalmelancholie mit Genesung) erblich belastet, von stillem, zurückhaltendem Wesen, zur Aengstlichkeit geneigt, gutmüthig aber etwas beschränkt, gesittet, erkrankte als Dienstmädchen am 2. September 1879, angeblich aus Heimweh und aus Gram, dass sie wegen ihrer Ungeschicklichkeit Tadel erlitt. In Folge einer kränkenden Aeusserung ihrer Dienstherrschaft hatte sie ihren Dienst bereits verlassen, weil sie sich von den anderen Dienstboten ob jener Aeusserung verlacht glaubte. Sie kam nach Hause anscheinend noch wohl; am folgenden Morgen ging sie mit auf's Feld, kehrte aber bald wieder weinend zurück, weil sie Alle in's Unglück gebracht habe, und aus Kummer darüber nicht mehr leben könne. Der Arzt verordnete Fussbäder, aber ohne Wirkung; die Depression mit Angst steigerte sich; die Kranke verlangte umgebracht zu werden, und machte selbst einen leichten

Strangulationsversuch. So kam sie am 5. September in die Anstalt. Seit 3 Monaten hatten die Menses — ohne Ursache — cessirt.

Bei der Aufnahme zeigte sich eine mittelgrosse, kräftig gebaute Kranke mit frischen nicht unintelligenten Gesichtszügen, gutem Aussehen, wohlgebildetem Schädel. Sie bietet den Ausdruck träumerischer Benommenheit, stöhnt und ächzt, achtet nicht auf die Umgebung; in ihren fragmentaren Aeusserungen faselt sie vom bevorstehenden Untergange, sie faltet bittend die Hände, gegen Zuspruch ist sie unzugänglich, Puls weich, 100. Illusorische Verkennung der Umgebung. Ein 1stündiges Bad mit Eisumschlägen bleibt ohne Wirkung. In der Nacht ist sie anfangs sehr unruhig, packt vorübergehend die Wärterin an dem Hals, dann legt sie sich ruhig hin, blinzelt, sperrt stundenlang den Mund auf, stellt die Füsse kerzengerade an die Wand, wehrt sich planlos gegen jede Berührung. Dabei ist das Gesicht roth congestionirt, der Puls hält sich auf 100, ist weich und voll. Am folgenden Morgen ein Blutegel hinter jedes Ohr, Eis-Kappe auf den Kopf, ohne sichtliche Wirkung. Das Bewusstsein bleibt tief gestört. Die Kranke wechselt zwischen staunendem Daliegen und plötzlich ziellosem Auffahren; sie schilt die Wärterin eine Hure, und drängt dieselbe bei jeder Dienstleistung blind von sich weg. Der Puls steigt auf 120, die Congestiverscheinungen zum Kopfe treten noch stärker hervor, am Mund bricht ein Herpes aus. Auf ein Bad von 25° ruhiger. Jetzt folgt ein 5stündiger Stupor mit vollständiger Regungslosigkeit und unverrücktem Starren in's Leere. Nachher wieder planlose Unruhe mit zwecklosem Geberdenspiel, namentlich mit beständigem Emporstrecken der Beine, wobei sie jede Correctur mit Abwehrbewegungen beantwortet. Gänzlich abgeschlossen gegen jede Sinneswahrnehmung ergeht sie sich in Selbstgesprächen, „dass sie ja ein schönes Mädchen sei, dass sie auch einst zum Tanze gegangen sei mit einem weissen Schurze". Das sagt sie jammernd; bald darauf sagt sie ganz träumerisch: sie sei eine Hure; später drängt sie die Wärterin unwillig von sich weg, als ob diese ihr jene Beschimpfung angethan hätte. Lässt sich nur Milch geben, Eisumschläge und zweimal täglich temperirte Bäder werden fortgesetzt, am Abend eine Morphium-Injection von 0,01 hinzugefügt. Am folgenden Tage wieder mehrstündiger Stupor mit nachfolgender planloser motorischer Aufregung, darauf Ruhe. — So dauert der Zustand mehrere Tage, wobei stuporöse Phasen mit lucidern Zwischenpausen und ängstlicher Unruhe mit Hallucinationen (hört, dass man sie verspotte, dass von der Zimmerdecke aus liederliche Leute sie beschimpften) abwechseln. Gegen Alles, was man mit ihr vornimmt, wehrt sie sich in träumerischer Weise, verweigert die Nahrung mit Ausnahme von Milch, lässt Urin und Stuhl unter sich gehen, und zerreibt letzteren langsam mit der Hand. Rapide Abmagerung. — Mit dem 17. September tritt grössere Ruhe und Apathie ein, die Kranke giebt ab und zu Bescheid über nahe gelegene Fragen, dazwischen aber liegt sie meist noch staunend in träumerischer Benommenheit. Dann und wann ausgerufene Worte lassen noch auf einen sehr un-

zusammenhängenden Vorstellungsgang schliessen. Spricht manchmal von ihrem „Schatze“, von „Silber und Gold“; Auskunft über diese abrupten Worte vermag sie nicht zu geben. Es fällt auf, dass in den letzten Tagen die Pulsfrequenz sinkt, (bis 72), der Pulscharakter tarder und weniger voll wird, die Hände bläulich zu werden anfangen. Zugleich ist der träumerische, staunende Ausdruck aus dem Gesichte der Kranken verschwunden, der glänzende Blick ist leer geworden, Patientin lässt sich apathisch überall hinsetzen, Alles mit sich vornehmen, sie isst besser, aber man muss ihr den Löffel in die Hand geben, sie lässt sich von Anderen schlagen, ohne zu reagiren. Dabei ist sie zu einfachen Wahrnehmungen und Antworten befähigt, äussert aber nicht die geringste Initiative. Sie muss zur Ablassung der Excremente angehalten werden. Der Blödsinn bleibt andauernd und erstreckt sich über alle seelischen Functionen; auf Fragen erfolgt keine Antwort, alle Zeichen einer inneren Perception sind verschwunden, die schlaffe Gesichtsmaske bleibt unbelebt. Nur beim Druck auf einige Intercostalpunkte kommt ein schmerzliches Seufzen und ein leises Lispeln: „Ach Gott!“ Brod isst sie von selbst und in gierigem Heisshunger. Nachdem sie bemerkt hat, dass das Brod in dem Thürschrank verwahrt und daraus verabreicht wird, stellt sie sich nach dem Verzehren jedes Stückes sofort an jenen, und krabbelt stundenlang mit dem Finger an dem Schlüsselloch. In dargebotene Trauben beisst sie, wie wenn es Brod wäre. Der Heisshunger wird immer grösser, so dass die Kranke nicht mehr im Speisesaale belassen werden kann, weil sie mit der Hand in alle Schüsseln greift. Für Kälte und Wärme äussert sie keine Empfindung. Der Speichel läuft profus aus dem Munde, die Hände bleiben eiskalt und bläulich. Nach Umfluss von 4 Wochen machen sich leise Anfänge von etwas mehr geistigem Leben bemerklich, Patientin ruft „Brod“ aus, sie lächelt manchmal vor sich hin, anderemale weint sie wieder — beidemale ohne erkennbares Motiv. Hin und wieder zittert sie. Körperlich fällt auf, dass die Miene wieder etwas mehr Ausdruck gewinnt, und der Blick weniger leer ist, die Cyanose der Hände nimmt auch ab, Puls 84, oft beginnt sie plötzlich zu schwitzen. Die Körperernährung ist immer noch sehr reducirt. Am Nachmittag des 15. November spricht sie von selbst, allerdings ganz verworren, unter kindischem Lachen allerlei Reminiscenzen vor sich hin, lässt sich aber nicht durch Fragen festhalten. In der Folge sagt sie oft stundenlang dasselbe sinnlose Wort ganz leise, Weinen und Lachen wechselt motivlos ab (Hallucinationen?). Auf die Umgebung achtet sie gar nicht; nur wenn sie essen sieht, streckt sie die Hand aus. Vorübergehend sagt sie einmal lachend zur Wärterin: sie sei ihr Mann. Giebt man der Kranken ein Strickzeug in die Hand, so arbeitet sie automatisch daran, aber ohne das leiseste intellectuelle Verständniss. In den folgenden Tagen wird ohne nachweisbare Ursache die Cyanose wieder stärker, die Kranke spricht nicht mehr, sie wird wieder ganz apathisch, bleibt sitzen wo man sie hinsetzt. Mit dem kleinen, oft 100 erreichenden Radialpuls contrastirt auffällig der volle Schlag an der Carotis. Einigemale

musste zum Catheterismus der Blase geschritten werden. So verstrich der December. Anfangs Januar erhält sich noch dieselbe Trägheit und Interesselosigkeit, doch lacht die Kranke wieder manchmal. Hin und wieder steht sie auch auf, und tanzt unter blödem Lachen stundenlang auf demselben Fleck herum. Auffallend ist die rasche Zunahme der Körperernährung. Nach und nach werden auch die Hände wärmer und verlieren die bläuliche Farbe. Die Kranke lässt sich vor ein Spinnrad setzen und dreht automatisch den ihr in die Hand gegebenen Faden, lässt aber ebenso motivlos wieder ab. Verspielt sich mit kindischen Sachen, sieht Kinderfibeln an, hat aber weder Interesse noch irgend eine Frage. — Anfangs Februar wird ein Ansteigen der Achselhöhlentemperatur auf 38° beobachtet. Der Puls ist ziemlich frequent und auffallend ungleich. Die Kranke zeigt auf Auffordern die Zunge, fragt und spricht Nichts, als nur das eine Wort: „gut" — auf alle Fragen, und in ganz kindischem Jargon und in Falsetstimme. In's Bett gelegt, bleibt sie apathisch liegen, die Züge sind freundlich, die Kranke giebt die Hand, muss aber in Allem gepflegt werden wie ein Kind. Die Temperatur bleibt noch bis zum 12. Februar über 38° (bis 38,5); nachher treten wieder normale Nummern ein. Psychisch und somatisch erhält sich jetzt der oben geschilderte Zustand eines auf Kindesstufe stehenden Blödsinns mit Stimmungsmangel, Indolenz und vollständiger Interesselosigkeit bis zum 17. März, wo die Menses zum ersten Male eintreten. Dieselben dauern bis zum 19., sind mässig copiös, haben aber insofern eine günstige Wirkung auf den Cerebralzustand der Patientin, als während dieser Zeit die Gesichtszüge freier sind, und die Kranke einige weitere Antworten statt des seitherigen stereotypen „dut" (d. h. „gut") giebt. Der kindische Jargon bleibt in allem Gesprochenen, dabei hält sich auch das Urtheil der Kranken noch auf derselben Stufe, jeder kleinste Scherz wird als Ernst genommen. Die Kranke freut sich unmässig oder ängstigt sich gegentheilig bei jeder harmlosen Bemerkung. Am 6.—8. April treten in geringem Grade nochmals die Menses auf, die Kranke rückt darnach abermals um einen Schritt in der psychischen Besserung vorwärts. Sie äussert mehr Initiative, wenn auch noch in den bescheidensten Grenzen, lässt sich zu leichter Feldarbeit mitnehmen, hält sich in Allem an die Ordnung des Hauses. Blick und Züge werden zusehends geistiger. Am 28. April treten die Menses zum dritten Male auf; die Kranke will früher wiederholt in ähnlichen Pausen menstruirt haben. Darnach weiterer Fortschritt: sie frägt nach Hause, bittet um Besuch der Eltern. Letzterer wird in einigen Tagen gewährt. Die Eltern äussern sich befriedigt über das Befinden der Tochter, und verlangen, dass sie den Rest der Genesung zu Hause abwarten dürfe. Diesem Wunsche wird entsprochen. Die Patientin ist bei der Entlassung noch entschieden in leichterem Grade schwachsinnig, und hat auch an die überstandene Krankheit absolut keine Erinnerung, nur über die letzten Wochen weiss sie Einiges zu berichten. Zu Hause, in freier Feldbeschäftigung, schreitet die Reconvalescenz rasch voran, so dass schon der

nächste Bericht (nach 4 Wochen) die vollständige geistige Genesung melden kann.

Sind die Differenzen dieses eben mitgetheilten Krankheitsbildes gegenüber dem *Binswanger*'schen wirklich als wesentliche gelten zu lassen? Für's Erste ja: insofern in diesem Falle durch die ganze Kraukheitsdauer und gleich von Anfang ein cerebraler Functionstorpor vorhanden ist; in dem meinigen aber ein Zustand kurzer Aufregung voraufgeht, welchem rasch eine beinahe vollständige psychische Betäubung mit fragmentarem Delirium und dämmernden Reactionen — eine Art Schlaf mit lebhaftem Traum — nachfolgt, um nach weiterem kurzem Bestande in dieselbe allgemeine psychische Lähmung einzutreten wie der Fall *B.*'s vom Beginn an. Sind deshalb auch die Entstehung und der erste Krankheitsanfang verschieden, so wird dagegen der weitere Verlauf in rascher Folge bei beiden ein gleicher: beide bewahren für die eigentlich prägnante Krankheitszeit symptomatologisch dieselbe Form, gerade wie sie auch prognostisch denselben Ausgang theilen. Nosologisch trennt den *Binswanger*'schen Fall der anämische Charakter auf Grundlage des schwächenden Einflusses der Gravidität von dem soeben erzählten, welcher zwar mit erblicher Belastung, aber anfänglicher guter Ernährung und congestiven Fluxionszuständen zum Kopfe sich in Scene setzt. Die weitere Beobachtung lehrte, dass auch die Cessation der Menses nicht ausser ätiologischer Beziehung zu setzen ist. Unter das Delirium acutum diese einleitenden und später noch einmal intercurrenten Cerebralerscheinungen zu setzen, und damit den ganzen Krankheitsfall jener Formengruppe zuzutheilen, wäre willkürlich und ungenau; denn es fehlen dem faselnden Traumdelirium ebenso bestimmt die turbulenten charakteristischen Hirnreizsymptome der maniakalischen Delirium acutum-Form (mit der gesteigerten Reflexerregbarkeit), als andererseits der motorischen Attonität die musculären Insufficienzen, die Ataxieen und der trophische Zerfall (unter häufig typhoiden Erscheinungen) des stupid melancholischen Delirium acutum; vollends aber contrastirt beiden genannten Formen gegenüber der Verlauf, welcher beim Delir. acutum stets in dem charakteristischen Wechsel zwischen Collaps und Hirnreizsymptomen sich abspielt. Wenn wir

nun aber die verschiedenen Verlaufsbilder der klassischen Paralyse — die milden Blödsinnsformen und die unter Reizsymptomen des Grössenwahns verlaufenden — unter demselben Rahmen klinisch vereinigen und vereinigen dürfen, so können wir unter den beiden in Frage stehenden Krankheitsfällen ebensowenig eine durchgreifende Trennung statuiren, als höchstens den einer anämischen (torpiden), und andererseits einer congestiven (irritativen) Form und Verlaufsart desselben Symptomenganzen. Hat doch auch *Binswanger* sich nicht beirren lassen, die geistigen Erschöpfungsphasen nach schweren acuten fieberhaften Krankheiten als „transitorische Zustände dieser Art“ (d. h. seiner Specialform) aufzuführen — mithin Fälle, die doch bezüglich der Entstehung und dem Anfangsverlauf von seinem Paradigma weit, ja noch weiter abliegen, als der eben erwähnte meinige. Es wäre übrigens für den *Binswanger*'schen Fall, den auch ich nach seiner vorliegenden Form als ein seltenes Vorkommniss bezeichnen muss, sehr erwünscht gewesen, über die ersten Verlaufsanfänge noch etwas genauere Daten zu erhalten, als die summarische Laien-Angabe: „Die Kranke wurde während der letzten Schwangerschaft, bei welcher sie vielen Entbehrungen und Anklagen ausgesetzt gewesen sei, ganz plötzlich innerhalb weniger Tage ganz verwirrt und stumpfsinnig, konnte keinen, auch nicht den einfachsten Dienst thun, wurde ganz stumm, vernachlässigte sich im höchsten Grade, und liess Urin und Stuhl unter sich gehen.“ Dass aber auch hier nicht sofort und „direct“ der ausgeprägte apathische Blödsinn vorhanden war, beweist die Anfangsnotiz der Krankengeschichte: dass Pat. auf die Irrenabtheilung verlegt werden musste, „weil sie ganz verworren war .... und durch lautes unarticulirtes Schreien die anderen Kranken belästigte und besonders in der Nachtruhe störte“. Also fehlten doch auch einleitende cerebrale Reizsymptome nicht. — Wäre *Binswanger* andrerseits auf die nähere Betrachtung der Verlaufsausgänge des Stupors eingetreten, so wäre er sicher darunter auch dem transitorischen Blödsinn begegnet, welcher eben mit der einen Gruppe unserer Dementia acuta zusammenfällt.

Es scheint mir aber auch die Definition, welche *Bins-*

wanger für seine abgegrenzte Krankheitsspecies von primärer heilbarer Dementia reservirt, dem Versuche, letzteren vom klinischen Stuporbegriff entscheidend abzusondern, nicht eben günstig zu sein. Als genauer Beobachter hat er nämlich nicht unterlassen können, seine „sehr seltene“ acute heilbare Dementia symptomatologisch den terminalen und acuten Blödsinnszuständen zu vergleichen, aber unterschieden von diesen durch die Heilfähigkeit und — bezeichnend — durch die mit dem Begriffe Stupor „theilweise“ Gemeinsamkeit. Also mit Einem Fuss bleibt sie doch im klinischen Rahmen des Stupor stehen; *Binswanger* fügt zwar vorsichtig bei, dass diese theilweise Gemeinsamkeit „nur in der äusseren Erscheinung“ gelegen sei. Aber warum kann denn die Verwandtschaft nicht auch tiefer gelegen sein? Ein Status attonitus mit Wahrnehmungs-Abschluss muss doch also, auch nach des Verf.'s Ansicht, dabei sein; denn sonst würde eine wichtige klinische Differenz gegenüber den gewöhnlichen und sehr häufigen Blödsinnszuständen (nach Erschöpfung im Puerperium, in den körperlichen Entwicklungsphasen) preisgegeben werden. Dass aber eine solche Preisgebung durch das der Separatgruppe beigefügte Prädicat der „Heilbarkeit“ nicht ausgeglichen würde, belehrt die Erfahrung, dass grade die gute Prognose, welche *Binswanger* seiner acuten Dementia sogar als Charakteristicum mitgiebt, leider nicht einmal so selten täuscht. Die berechtigte Sonderstellung beruht vielmehr, und ganz eigentlich, auf der Verbindung mit den wesentlichen Elementen des Stupors. Dabei kann das Mehr oder Weniger einer wirklichen „Vernichtung“ der seelischen Elemente nicht ausschlaggebend sein; denn abgesehen, dass diese Unterscheidung doch erst später sich jeweils wird stellen lassen, bezeichnet das Plus oder Minus der Bewusstseinsstörung für sich allein doch nur gradweise, nicht aber wesentlich verschiedene Zustände. Man mag die Sache drehen wie man will; symptomatologisch ist nur der Eine Unterschied haltbar: zwischen einer acuten heilbaren Dementia mit Stupor, und jener oben erwähnten einfachen und häufigeren primären acuten Dementia ohne Stupor. Beide klinische Erscheinungsformen sind gleichwerthig nach der Acuität ihres Beginns, dem symptomatischen Charakter der

Krankheitshöhe, der prognostischen Stellung. Innerhalb der stuporösen Form aber nochmals zu unterscheiden zwischen primärer Dementia mit nur „äusserlichem“ Stupor und andrerseits dem wirklichen Stupor — wie *Binswanger* will — ist mir nicht möglich.

Richtiger wäre vielleicht die summarische Bezeichnung „Stupor“, als synonym mit primärer Dementia acuta, aufzugeben, zumal „Stupor“ so wenig als „Delirium“ für sich eine umschriebene klinische Krankheitsgruppe bedeutet, sondern nur eine bestimmte Form und Verbindung psychisch cerebraler und bedingungsweise auch trophischer Störungszeichen. Man hat nun bekanntlich die Bezeichnung „Delirium“ nicht nur zur Umschreibung eines gewissen Symptomenverbandes, sondern auch einer klinischen Krankheitsgruppe erhoben, welche eine gewisse charakteristische Art des Deliriums als Hauptsymptom darbietet; darnach liesse sich auch die promiscue geübte Benennung „Stupor“ für Dementia acuta, deren eine Form jenes Symptomenbild κατεξοχήν enthält, rechtfertigen. Aber es ist nicht zu übersehen, dass beide Mal sowohl das Delirium als der Stupor nur Hauptsymptom bleiben, welches zwar im letzteren Falle mit dem klinischen Bilde sich im Wesentlichen deckt, gleichwohl aber auch hier noch andere (vor Allem circulatorische und trophische) Symptome beigefügt erhält, die dem Stuporbegriff als solchem nicht jedesmal und nicht ausschliesslich zugehören. Es handelt sich m. E. W. um ein Ensemble von Krankheitszeichen, worunter das Formgebende der Stupor ist; die begleitenden Symptome (aus der Hirnkrankheit) halten mit denen des Stupors gleichen Schritt; der Verlauf deckt sich mit dem Hauptsymptom. — Diesem klinischen Verhalten gegenüber kommt nun das Bild des Stupors auch anderweitig als blosses Symptom vor, transitorisch, oft mehr weniger bruchstückweise, und im verschiedensten Zusammenhang und nosologischem Ursprung (s. später). Dahin gehören viele anämische Melancholieen besonders mit sexueller Grundlage, sodann namentlich manche Arten der Verrücktheit, etwas seltener gewisse Unterformen der Paralyse (speciell die hypochondrischen), sodann epileptische Psychosen, Anfangs- und Endstadien acuter Manieen, endlich circuläre Zustände. Der

Stupor in diesen Fällen nun ist vergleichsweise gegenüber dem mehr selbstständigen der Dementia acuta in der Regel nur von kurzer Dauer; er bezeichnet mehr nur eine vorübergehende Phase, welche nicht solidarisch ist mit der grundliegenden Hirnkrankheit, deshalb auch keinen selbstständigen klinischen Dekursus darbieten kann; er verhält sich oft nur wie ein cerebraler Insult, bricht plötzlich ein, kann aber ebenso plötzlich selbst aus der bedrohlichen Höhe eines acuten Krampfzustandes wieder in vollständige lucide Bewusstseinszustände umschlagen.

Fall II. X., Gelehrter, 40 Jahre alt, mütterlicherseits direct und in Seitenverwandtschaft (in der Familie auch Suicidium) stark belastet, stets gesund bis zu einem vor 10 Jahren überstandenen Typhus, seitdem grössere psychische Reizbarkeit, machte Anfangs 1871 einen mehrmaligen Anfall von acuter exaltirter Verrücktheit mit Grössenwahn durch, von welchem er genas. Jedoch blieb eine gewisse Abspannung und gemüthliche Verstimmung zurück, wogegen auch eine sommerliche Gebirgskur keine Erholung brachte. Plötzlich versank der Kranke innerhalb weniger Tage in tiefe Melancholie mit impulsivem Drange zum Selbstmord. Am 15. September wurde die Aufnahme in der Anstalt nachgesucht. Der Kranke bot das Bild eines feinen, gebildeten Mannes mit guter Kopfbildung, intelligenten Zügen, befriedigender Ernährung, gesunden Innenorganen, Puls 80. In der Nacht zuvor hatte er nicht geschlafen. Das Aussehen war etwas gelblich. Patient war nur gezwungen fortgegangen, er hatte gedacht, sich zu erschiessen. Bei der Aufnahme war er sehr schweigsam, seufzte nur wiederholt: „ach Gott", „o, meine Gedanken". Er wusste nicht ob er krank sei, oder blos verrückt, er sei ein energieloser Mensch, der nicht in eine Anstalt gehöre. Abends machte der Kranke auch bereits einen Entweichungsversuch.

Am 16. nach guter Nacht ganz heiter aufgeräumt, er sei jetzt vollständig wiederhergestellt. Ihm fehle nur Ruhe. Hier in dieser stillen Natur sei sein Gemüth wieder ganz leicht. Seit 3 Tagen Obstipation, Bitterwasser. Ist heute viel freundlicher und zugängiger.

18. Nach einer ruhigen Nacht in grosser Angst aufgewacht, die sich immer mehr steigert. Kopf warm, Augen injicirt. Puls frequent. Patient achtet nicht auf die Umgebung, giebt keine Antwort. Nachmittags vollständiger Stupor mit status attonitus, Temperatur 37,8 in ano. Puls 76, Kopf sehr geröthet, warm. Nahrung kann nicht beigebracht werden. Catherismus nöthig. Später Abends freier, verlangt, dass man ihn umbringe.

19. In der folgenden Nacht sehr unruhig, wollte immer aus dem Bette, müsse frische Luft haben. Urin mit Catheter. Patient ganz durch innere Vorgänge absorbirt, spricht nicht, reagirt auch nicht auf äussere Eindrücke

Temperatur 36,6. Frequenter, kleiner Puls; erweiterte, wenig reagirende, gleich weite Pupillen.

20. Morgens freier. Konnte sich waschen und anziehen. Gegen Mittag Wiederkehr des Stupor mit Hinausstieren in's Leere. Der eine Arm wird im Ellenbogen contrahirt gehalten (psychische Contractur!), der andere klammert sich fest an die Bettdecke. Wiederholt leises Zittern beider Arme. Puls 120. Kurze, unterbrochene Respiration. Gegen Abend wird der Rücken so steif, dass der ganze Rumpf wie eine unbiegsame Masse in die Höhe gehoben und weggetragen werden kann. Heftiger Schweiss über den ganzen Körper.

21. Heute wechseln die Anfälle von Starre, so zwar, dass abwechselnd auch vollständige Schlaffheit eintritt, und die kurz zuvor noch steifen Glieder jeder passiven Bewegung nachgeben. Unablässiges Hinstarren auf einen Punkt mit Perceptionsabschluss. Electrische Contractilität erhalten. Sensibilität erloschen. Trismus. Puls 120, gespannt. Temperatur nicht erhöht. Gegen Abend Puls 88. Keine trophischen Symptome. 2 Blutegel hinter jedes Ohr.

22. Fortdauer des gestrigen Zustandes. Patient macht heute den Eindruck einer ungeheuren innern Angst, die ihn festbannt und jede Regung verbietet. Allen passiven Bewegungen setzt der Kranke den grössten Wiederstand entgegen, ebenso dem Beibringen von Nahrung. Spricht nicht, starrt in's Leere. — Nimmt gegen Abend mit Mühe etwas Milch und Malaga.

23. In der Nacht kann Champagner beigebracht werden, ebenso etwas Bouillon. Puls ist in Folge davon entwickelter. Temperatur 36—37. Im Verlaufe des Nachmittags lichtet sich plötzlich der Schleier, Patient beginnt zu sprechen, aber noch etwas confus. Er weiss nicht wie er hereingekommen, hier ist es über alle Beschreibung scheusslich, dazwischen lächelt er, (zum Arzte): „Meinen Sie, ich hätte für diese Gerüche geschwärmt? Ach was! was Sie da notiren, ist nichts Charakteristisches! Sagen Sie, wie künstlich haben Sie dieses schlechte Bett zusammengesetzt? Und dieses schlechte Zeug zum Essen?" Puls gehobener und weicher, 80. Temperatur 37. Zunge belegt.

24. Bei vollerem Pulse, der an den Carotiden selbst klopfend geworden ist, heftige, planlose, motorische Unruhe mit ängstlicher Abwehr gegen die Umgebung. Kopf heiss, Conjunctivae stark injicirt. Percipirt, aber deutet Alles in gereizt feindseliger Weise. Dazwischen erkennt er die Handschrift eines Briefes von seiner Frau. Spricht viel Richtiges und Falsches durcheinander. Später starrt er längere Zeit bei vollständigem Perceptionsabschluss in's Leere, und bleibt in attonischer Gliederhaltung liegen. Nachher erwacht, sagt er zum anwesenden Arzte: Ich habe keinen Kopf mehr, keine Haare; wie geht das aber zu, dass ich keinen Kopf mehr habe? Ich habe doch einen ganz bestimmt geprägten Kopf und eine Nase gehabt. Mein Herz ist nicht todt, es schlägt in wärmster Liebe für Frau und Kinder, und wird nie aufhören sie zu lieben.

Zu Bogen 19.

Es wird gebeten, vor dem Lesen beifolgende Correcturen vorzunehmen.

S. 277 Z. 17 statt Augen, lies Augen
" " Z. 37 " zunehmen lies Zunehmen
" " Z. 41 " Metheorismus lies Meteorismus
" " Z. 43 " des lies der
S. 279 Z. 10 " Getränke lies Getränke,
S. 280 Z. 40 " Unterrichsstunden lies Unterrichtsstunden
S. 283 Z. 3 " vorübergehenden lies vorübergehender
" " Z. 35 " Weise lies Weite
S. 284 Z. 7 " drücken lies Drücken
" " Z. 17 " Hyperidnose lies Hyperidrose
S. 285 Z. 29 " Reflexerloschenheit, die lies Reflexerloschenheit. Die
S. 286 Z. 20 " fadenförmig, lies fadenförmig;
S. 287 Z. 12 " erste lies e r s t e
S. 288 Z. 1 nach abulisch ein Comma
" " Z. 15 statt Formenreicher lies formenreicher
S. 289 Z. 7 " unvollständige lies vollständige
" " Z. 26 " Lösungen lies Lösung
S. 290 Z. 27 " entfernten lies entferntern
S. 292 Z. 15 " Norm lies Starre
" " Z. 18 " Muskelverzerrungen, dabei lies Muskelverzerrungen. Dabei
" " Z. 22 " Kreuzigung lies Kreuzigung,
" " Z. 32 " ausgedehnte lies ausgedehnter
" " Z. 35 " welchem lies welche
S. 296 Z. 6 u. 10 statt Sommnolenz lies Somnolenz
S. 298 Z. 14 statt Abname lies Abnahme
S. 298 Z. 28 " auch lies auf

25. In der Nacht 5 Stunden geschlafen, nachher sehr ängstlich, wollte beständig aus dem Bette. Sprach zum Wärter viel von seinen todten Händen, und dass er jetzt so ohne Kopf daliege, da der Gelehrte X (er selbst) verloren gegangen; ob er (der Wärter) denn wohl wisse, wo dessen Kopf sei? Eine Stunde später vollständiger Rückfall in Stupor mit Hinausstarren und completer Anästhesie (auch der Bulbi) und oberflächlicher, kurzer Respiration. 72 kleine Pulse. 37 — 37,4 Temperatur. Wiederum vollständiger Perceptionsabschluss. Eingeflösster Champagner bleibt fast volle 5 Minuten im Munde, ehe er verschluckt wird. Dem Champagner ist 0,3 Moschus beigefügt. Gegen Abend wird der Puls zunehmend, frequenter und voller, und der Kopf sehr warm. Eisumschläge. Nach zwei unruhigen Stunden von Mitternacht bis 5 Uhr Schlaf, später ruhiger. Patient erwacht wieder zur Perception, er erzählt dem Wärter, dass seine Hände nicht sein gehörten, dass sein Kopf fort, sein Leib der eines alten Mannes sei. Den eben eintretenden Arzt erkennt er, spricht von einem Briefe der Frau, den er erhalten. Das Essen geht mühsam und nur absatzweise. Später tritt wieder Stupor ein mit halb geschlossenen Augen, und leichter einseitiger Ptosis. Die Pupillen werden ungleich, die rechte sehr erweitert. Temperatur 36,6. Urin fortwährend per Catheter.

26. Stupor dauert die ganze Nacht fort, als die Frau des Kranken ankam, erfolgte gar keine Aenderung der Miene, nicht das leiseste Zeichen einer Perception. Die Augen starrten unverrückt auf einen Punkt. Morgens ist der Kranke plötzlich wie aus einem Traum erwacht, er erkennt jetzt Alle, ist überglücklich, dass die Frau bei ihm ist, dankt dem Arzte; bei der Frau erkundigt er sich klar und in flüssigster Conversation nach Allem, sagte auch, wie er sich auf die Reconvalescenz freue. Ein gehobenes Wohlbefinden prägt sich in den Zügen aus. Patient nimmt jetzt auch pünktlich Nahrung. Erst im Verlaufe des Tages schieben sich wieder hypochondrische Wahngedanken ein; so vertraut der Kranke ganz geheimnissvoll seiner Frau an, dass seine „Postur“ noch nicht ganz fertig sei, namentlich sein Rücken sei noch unvollendet. T. hält sich continuirlich auf 39. Nachmittags kommt mehrmals Diarrhoe, von der aber der Kranke nichts merkt. Puls 112. Links hinten wird eine umschriebene Dämpfung mit Bronchialathmen constatirt. Im Beginn der Nacht wiederholt ganz leichte Zuckungen im Gesicht und in den Händen.

27. Mit Steigerung des Fiebers und Umsichgreifen der Pneumonie zunehmen der Schwere der Hirnsymptome. Temperatur 39,6. Puls 124. Sopor, abwechselnd mit Traumdelirien und planloser Unruhe; mühsames Schlucken mit Ataxie der Lippenmuskeln, dünne secessus nescii, modificirtes *Cheyne-Stokes*'sches Athemphänomen; Meteorismus, vereinzelte Zuckungen durch Arme und Hände. Gegen 5 Uhr. Mit (durch?) Zunahme des Metheorismus kommt der Kranke zu sich, er klagt heftig über die Beengungen in Folge des Tympanites, er bittet, man möge ihm doch helfen, er sei selbst Schuld an seinem jetzigen Zustande, weil er seine Krankheit geheuchelt

habe. Berührung des sehr gespannten Leibes ist schmerzhaft. Nach Einführung eines Rohres per anum entleeren sich viele Gase, der Metheorismus nimmt ab. Viel dünner Stuhl untermischt mit kleinen Fäcalstückchen tritt aus. Nach Beendigung der Procedur hebt sich das Bewusstsein rasch zu vollständiger Lucidität. Der Kranke bedankt sich beim Arzte, redet überaus zärtlich mit seiner Frau, verkündet, dass er so sehr erleichtert sich fühle. Der Puls hebt sich. T. 38,4. Das Schlingen geht ohne jede Anstregung. Bouillon, Champagner.

28. Nach einer ruhigen Nacht erwacht der Kranke ängstlich und mit dem Wunsche sofort den Arzt zu rufen, diesem vertraut er an, dass er eben bestimmt der Ansicht sei: sein Leib und sein Kopf gehörten nicht ihm, sondern seien Theile einer Leiche, er verspüre dies deutlich an dem Modergeruch seines Athems, er bittet den Arzt, ihn doch nicht mehr mit dem Essen zu quälen, denn alles werde sofort in Leichengift umgewandelt. Auf Zuspruch lässt sich jedoch der Kranke beruhigen, er nimmt Milch und schwarzen Kaffee. Die Zunge ist noch borkig belegt. Am Munde Herpesbläschen. Die Dämpfung auf der Brust wird geringer, das Bronchialathmen ist nicht mehr so ausgedehnt, Crepitatio redux stellt sich bereits ein; Catheterismus noch nöthig. Urin trüb, schleimig und flockig. Auswaschungen der Blase. Patient nimmt fleissig das dargereichte Essen. Einige Stunden später ist das Bewusstsein vollständig frei. Der Kranke verlangt nach einer Zeitung (!), ist heiter, gesprächig, macht Scherze; Leib noch immer etwas aufgetrieben, mit häufigem Gurren. Respiration 40. Temperatur 38—39. Gegen Abend wird der Kranke wieder befangener, er dankt wehmüthig dem Arzte für seine Mühe, bittet ihm die Kleider zu richten und ihn fortzulassen. Abendtemperatur 37,8. — 6 gutt. Opium.

29. Pneumonie beginnt auf die rechte Seite überzugreifen (Dämpfung, Bronchialathmen), während die linke innere freier wird. Patient noch still und gedrückt, ängstlich befangen, fast misstrauisch, dass er durch seine Bewegungen etwas Ungehöriges thue, bemüht sich deshalb möglichst regungslos liegen zu bleiben. Gegen seine Frau sehr freundlich, natürlich herzlich, geistig ganz geordnet. Urin heller. Auswaschungen fortgesetzt dünn, aber bewusst abgehende Stühle mit nachgehender weiterer Verminderung des Meteorismus. 6 gutt. Opium.

30. Wenig Schlaf in der Nacht. Patient ist am Morgen deshalb etwas verzagt. Bewusstsein sonst klar, Respiration freier. Rechtsseitiges Bronchialathmen nimmt ab, links verschärftes Vesiculärathmen. Seltener feuchter Husten. Patient fühlt sich auf Priessnitzsche Umschläge sehr behaglich. Nahrung wird reichlich eingenommen. Urin geht zum erstenmale unter Tags wieder spontan; Abends ist nochmals der Catheter nöthig. 8 gutt. Opium. Auswaschen der Blase.

31. Temperatur 37,2. Ganz befriedigendes Verhalten, noch leichte Dämpfung rechts; Exspirium noch schwach bronchial, vorwiegend aber wieder Vesiculärathmen (Crepitatio redux fehlt hier). Links verschärftes

Athmen. Respiration ganz frei. Leichte Transspiration. Bewusstsein formal frei. Stimmung melancholisch gedrückt. Patient hält sich für sehr krank. Zur Frau sagte er wiederholt: o du armes Weib! Ihr armen Kinder! Nahm heute ein Hühnchen in der Suppe.

1. September. Vollständige Reconvalescenz von dem durch eine doppelseitige Pneumonie complicirten stupurösen Hirnzustand. Auf der Brust lässt sich nur noch schwächeres Athmen beiderseits nachweisen. In der Percussion kein Unterschied mehr. Urin wird spontan gelassen, enthält noch viel Niederschlag, ist aber nicht mehr übelriechend. Auswaschungen der Blase ausgesetzt. Reichliches Getränke Methodos roborans. Schweisse dauern fort. Temperatur subnormal 36—37. Gedrückter Gemüthszustand, Müdigkeit im Kopfe, grosses Schwächegefühl. Der alte melancholische Vorstellungskreis rückt ein, mit sonst richtiger Apperception.

Der weitere Krankheitsverlauf bietet kein hierher gehöriges Interesse. Die Melancholie blieb noch durch mehrere Monate, und war durch einen fast unbezwinglichen Drang zu Suicidium und zeitweilige Nahrungsverweigerung aufs schwerste complicirt. Stupor-Anfälle traten nur einmal noch (im November) während zweier Tage ein, diesmal auch wieder mit den centralen Gemeingefühls-Illusionen wie das erstemal („anderer Kopf, Dromedarfüsse"). Schliesslich auffallend rasche Genesung im Februar 1872, welche bis jetzt andauert. Der Kranke hat seitdem seine sehr thätige Gelehrtenlaufbahn mit Erfolg wieder beschritten. —

Es kommt aber auch der vasomotorische Stupor in transitorischer Form von ein- und mehrtägiger Dauer vor, und kann als solcher mit wochenlang dauernden Anfällen, welche ihrerseits jeweils eine acute heilbare Dementia acuta zurücklassen, im Rahmen eines und desselben Krankheitsfalles sich abspielen:

Fall III. N., 13 Jahre alt, ohne erbliche Anlage, jedoch mit einem Bruder von eigenthümlicher Gemüthsart, stets gesund, fleissige Schülerin, wurde seit dem Tode ihrer Mutter von Seiten ihres rohen Vaters in der Erziehung sehr vernachlässigt. In der Schule soll sie etwas schwer gelernt haben. Ihre Krankheit begann ohne Vorboten Anfangs September 1879; sie kam nicht zur gewohnten Stunde aus der Schule heim, und wurde vom Vater, der endlich nach ihr suchte, auf einem Nebenwege stehend getroffen, ängstlich weinend, „weil sie so viele Thiere um sich sehe". Sie ging nur zögernd auf Zuspruch heim. Hände und Füsse seien auffallend kalt gewesen. Am nächsten Tage scherzte und lachte sie in so störender Weise in der Schule, dass ihr der Besuch verboten wurde. In der folgenden Nacht unruhig, sprach viel verwirrtes Zeug. Am Tage tanzte sie, trieb allerhand Schabernack, lief in den Bach, verdarb Hausgegenstände. Auf der Reise in die Anstalt sang sie. Am 17. October 1879 aufgenommen. —

Patientin ist gut genährt, ziemlich klein, hat einen gutmüthigen nicht

unintelligenten Gesichtsausdruck, hohe und breite Stirne mit etwas hervortretenden Augäpfeln. Schädelbau symmetrisch. Keine Innervationsstörungen. Mittelweite, gleich grosse, gut reagirende Pupillen. Puls von mittlerer Frequenz. Keine Congestiverscheinungen. Innenorgane des Körpers soweit eruirbar, normal. Noch nicht menstruirt. Psychisch zeigt die Kranke, ein kindisch aufgeregtes Wesen; sie lacht viel, mischt sich in Alles hinein, nimmt den Andern Sachen weg, ist übergeschäftig, muthwillig, lässt sich aber durch ernsten Zuspruch zum Gehorsam anhalten. Mehrfach kommt ohne nachweisbaren Grund Erbrechen vor. So verliefen ziemlich leidlich die ersten zwei Wochen. Am Abend des 7. November klagt sie über Kopfweh und Brustweh, wird stiller, seufzt, weiss nicht warum. Am folgenden Tage weinerlich, verzagt. Die Hände sind kirschroth, und auffallend kalt, namentlich im Vergleich zum warmen Kopfe. Carotis-Puls voll, Radialis-Puls klein. Am Nachmittag weint sie lange Zeit angeblich aus Heimweh. Abends wieder besser. Nach einer unruhigen Nacht ist sie am Morgen ängstlich, weinerlich, hält die Hände über die Brust gefaltet, seufzt beständig: „ach Gott", giebt aber richtige Antworten. Puls 72. Auffallend klein. Die Hände sind blauroth, kalt, transspirirend, die Conjunctivae stark injicirt. Dieser Zustand dauert bis zum 13., ohne dass eine tiefere Benommenheit des Sensoriums sich eingestellt hätte. Immer lebhafter tritt eine linksseitige Intercostalneuralgie hervor. Die Kranke beharrt in ihrer schmerzlichen Gebundenheit, für deren Ursache sie immer nur Heimweh angiebt; für die Umgebung ist sie vollständig indolent. Der Kopf bleibt warm, die Carotiden voll, die Conjunctivae injicirt, die Radialis auffallend klein. Hände und Füsse cyanotisch kühl. Allmählich stellen sich starke Schweisse über den ganzen Körper ein. Auf Stunden tritt jetzt auch vollständiger Perceptionabschluss mit Anästhesie auf. — Mit dem 18. wird das Bewusstsein langsam freier; die Kranke muss sich aber erst aus einer gewissen Verblödung wieder herausarbeiten. Sie ist ungeschickt, fügt sich nur auf wiederholten Zuspruch in die einfachsten Dinge der Hausordnung, und muss zu Allem wieder angeleitet werden, als ob sie sich erst neu hier zu orientiren hätte.

Vom 6. December Wiederkehr der heiter angeregten Phase; Patientin wird wieder heiter, aufgeräumt, lacht viel, giebt kindische Spässe, und obscöne Liedchen, die sie draussen gelernt, zum Besten. Dazwischen klagt sie sehr oft über Kopfweh und Uebelsein, manchmal auch wieder über Erbrechen, die Hände sind warm, der Puls entwickelter, der Kopf sehr merklich geröthet. Auch dieser — leichte — Erregungszustand klingt sachte wieder ab. Die Kranke lernt sich nach und nach immer mehr in dem geordneten Leben der Anstalt ein, sie nimmt mit Erfolg an den Unterrichsstunden Theil, begeht die winterlichen Unterhaltungen und Feste mit, fühlt sich immer natürlicher wohl und behaglich. Mit Beginn des Frühjahres 1880 geht sie fleissig mit auf das Feld, das körperliche Befinden ist vollständig befriedigend. Der grelle Unterschied in der Blutvertheilung und

vasomotorischen Innervation zwischen Kopf und Rumpf ist verschwunden. Es bleibt nur eine Neigung zu gesteigerter Transspiration. Die Kranke scheint vollständig in Reconvalescens eingetreten.

Am 1. Mai zeigt sich ein Wechsel des Befindens. Die kleine Patientin ist weinerlich, müde, verzagt, der Puls klein, 112. Die Hände werden wieder kühl, röthlich blau; die Kranke isst weniger, muss zum Essen angehalten werden, und nimmt auch dann nur ungenügend. Eine Ursache ist nicht aufzufinden, als dass die Kranke tags zuvor sich mit Füllen der Strohsäcke, wobei sie mitgeholfen, etwas mehr angestrengt hatte. Schon am 3. Mai ist vollständiger Stupor da, die Augen starren in's Leere, die bis dahin mittelweiten Pupillen sind bedeutend erweitert. Conjunctivae stark geröthet. Reichliche Transspiration über den ganzen Körper. Die Carotis ist saitenartig zusammengezogen, mit harter Welle. Der Radial-Puls dagegen auffallend klein, leicht wegdrückbar, 116. Das Essen muss gereicht werden. Geistige Initiative fehlt ebenso, als die Reaction auf Sinneseindrücke oder Anfragen; auf starkes Kneipen erfolgt eine allmählige und späte Reaction. Auf Ansetzen eines Blutegels hinter jedes Ohr mit reichlichem Nachbluten erscheint der Carotidenschlag weniger hart. Die Kranke ist am folgenden Tage (4. Mai) belebter; sie sitzt aufrecht im Bette, giebt zögernd einige ganz kurze Antworten, wird unwillig auf weitere Fragen. Radial-Puls fortwährend sehr klein, und leicht wegdrückbar. Am 5. hielt die Kranke die Augen geschlossen und ist wieder ganz reactionslos. Nach Aufheben des Lides zeigen sich die Conjunctivae stark geröthet, und neben der Cornea mit einzelnen Phlyktänchen besetzt, Puls 84, von demselben Charakter wie gestern, an der Carotis wieder gespannter. Auf Kneipen erfolgt keine Reaction. Nur die Bulbi des offen gehaltenen Auges bewegen sich ganz leise. Die rechte Pupille ist sichtlich weiter als die linke; beide über die Norm vergrössert. Sehr starker Schweiss. — Dieser Zustand bleibt jetzt andauernd durch die folgenden Wochen, jedoch wechselnd in der Stärke der Bewusstseinsstörung und dem Grade des Perceptionsabschlusses des motorischen Status attonitus. Tage und stundenweise kann die Kranke in's Leere starren und vollständig regungslos auf dem Rücken liegen; die passiv erhobenen Glieder fallen schlaff herab; Stuhl und Urin geht unwissentlich ab. Anderemale hat der Blick etwas mehr psychischen Ausdruck; die Bulbi folgen auf Anruf in die Visirungslinie; die Kranke lispelt ein stilles „Ja“, zeigt zögernd die Zunge, aber nur bis über die Spitze. Cataleptische Zeichen sind nie vorhanden. Ebenso wechselt die Weite der Pupillen, wobei aber im Allgemeinen die Vergrösserung über die Norm, und die beiderseitige Ungleichheit bestehen bleibt. Nicht minder wechselt die Aufnahmsfähigkeit der Nahrung, bald ist diese unmöglich bald erfolgt sie auf andauerndem Zuspruch, wobei aber die Kranke auch die eingeflössten Flüssigkeiten kaut. Bald endlich erfolgt sie, wenn auch mühsam, doch geordnet. Am constantesten erhalten sich die vasomotorischen und trophischen Symptome: die Bläue und Röthe der Extremitäten, der höchst elende Radialis-Puls, neben bald

vollerem und weichem, bald gespannteren Carotidenschlag; ebenso auch die rapide Abnahme der Ernährung und des Körpergewichts. Das ziemlich reiche Fettpolster schmilzt förmlich zusammen. Ebenso regelmässig, nur in der Stärke nach den einzelnen Tagen wechselnd, bleibt die vermehrte Salivation und die wirklich zerfliessende Abundanz der Schweisse. Die Pulsfrequenz schwankt zwischen 80—90. Die Gesichtszüge sind maskenartig starr, jedoch ohne Spannung, der Ausdruck stupide. Die Gesichtshaut wird immer mehr gedunsen. Als man die Kranke einmal ausser des Bettes stellt, sinkt der Kopf nach rechts über, und ebenso auch die übrige Körperhälfte. Auf Zuspruch vermag dies die Kranke etwas zu verbessern. Dabei besteht absoluter Stimmungsmangel, und eine dem Grade der Bewusstseinsstörung parallel gehende Abnahme resp. Aufhebung der Sensibilität.

Am 22. Mai wird eine auffallend starke partielle Injection des innern Segments der rechten Corneal-Bindehaut bemerkt, am 24. ein nicht ganz genaues Parallelstehen der Augenachsen; die beiden Lider bleiben in leichter Ptosis und zwar wiederum rechts mehr als links. Die local stärkere Injection der Conjunctivae wechselt in der Vertheilung, und betrifft bald mehr das untere, bald mehr das innere Bulbus-Segment. Die erweiterten Pupillen, von denen die rechte immer bevorzugt bleibt, reagiren stets prompt auf Licht. — In der geschilderten Weise dauert der Stupor unverändert auch in den nächsten Tagen fort.

Am 28. Mai bei einem Gehversuch während des Herrichtens des Bettes zeigt die Kranke einen ausserordentlich mühsamen und watschelnden Gang; diesmal ist die linke Körperseite schwächer, so dass der Rumpf bei jedem Schritte nach links überkippt. Von geistiger Initiative keine Spur, gleichwohl scheinen die Gesichtszüge allmälig etwas belebter und geistiger. Der Stuhl, seit 8 Tagen angehalten, entleert sich auf Clystiere. Die rechtsseitige Corneal-Conjunctiva ist heute weniger injicirt, die Pupillenungleichheit besteht fort. Am folgenden Tage (29. Mai) sind die Pupillen gleich, das rechte obere Augenlid ist mehr hängend. Gesicht ist blasser. Am 31. Mai tritt wieder die alte Pupillendifferenz ein, jedoch ohne abnorme Erweiterung. Der Stupor ist derselbe; dabei dauert der sehr kleine, machmal auf 100 ansteigende Puls fort; ebenso die Salivation, die hochgesteigerte Schweisssecretion, die Unreinlichkeit, die Schwierigkeit der Nahrungsaufnahme, die motorische Regungslosigkeit, abwechselnd mit Spannung, jedoch ohne Starre. Am 1. Juni erste spontane Bemühungen das Frühstück einzunehmen; der Wärterin gegenüber macht die Kranke Sprechversuche, bringt aber kein Wort heraus. Bei der ärztlichen Visite wieder attonisch, mit massenhafter wässeriger Speichelabsonderung, welche die oberen Bettkleider durchnässt, unreinlich. In den folgenden Tagen bis zum 10. Juni Status idem, absolutes Schweigen, Vorsichhinstarren, träge Gesichtszüge; Regungslosigkeit abwechselnd mit Steifheit der Glieder; Ungleichheit der Pupillen, etwas abnehmende Schweisssecretion, zeitweiliger Trismus, dazwischen aber doch auch wieder leise Anfänge motorischer Regsamkeit, so dass die Kranke von

selbst im Bette aufsitzt, und stundenlang so verbleibt, auch ab und zu auf Zuspruch den Löffel zum Munde führt. Am 10. normal weite Pupillen, aber mit Erhaltung der seitherigen Ungleichheit, vorübergehenden Nachlass der Diaphorese; die Kranke lispelt heute eine Menge unverständlicher Worte vor sich hin; als man sie darum anruft, schweigt sie. Sie nimmt auch einige Löffel Kaffee allein. In den folgenden Tagen mehrt sich die Diaphorese wieder, die Züge werden wieder starrer, der Blick blöder, die Salivation stärker, die Kranke liegt ruhig, gleichgiltig, lacht ab und zu vor sich hin. Oft liegt sie wie todt ausgestreckt im Bette. Das Athmen geschieht oberflächlich, der sehr kleine Puls wird seltener, zeitweilige Anwandlungen von Flexibilitas cerea. So bis Anfang Juli. Die Kranke gleicht einer Gliederpuppe, die sich nach Belieben aufsetzen und hinlegen lässt. Blaurothe kühle Hände. Ptyalismus. Monocroter Puls 70—80. Am 10. Abends verlangt sie deutlich Wasser. Die Salivation ist geringer. Die folgenden Tage bringen wieder den alten Stupor mit motorischer Unregsamkeit und vorübergehender Flexibilitas cerea, jedoch ist bei passiven Bewegungen merklich erst ein gewisser leichter Widerstand zu überwinden. Die Pupillen sind wieder abnorm weit, das Gesicht geröthet, der Blick starr, gläsern, die Augäpfel sehr prominent. Die Ernährung hat sehr bedeutend abgenommen. Ende Juli (28.) wird der Blick etwas geistiger, die Kranke schaut von selbst auf, sie spricht aber noch nicht, bleibt sitzen, wo man sie hinsetzt. Hin und wieder zeigen sich erste Anfänge einer Perception, indem die Kranke auf die nächstgelegenen Fragen kurze leise Antworten giebt. Unter Schwankungen resp. stundenlangen und auch mehrstündigen Rückfällen in den vollständigen Stupor schreitet doch eine sichtliche Besserung voran. Die Kranke hält in der Folge oft stundenlang die Augen offen und folgt den Vorkommnissen in ihrer Umgebung, wenn auch vorerst noch theilnamlos; bald spricht sie leise auf Fragen einzelne besser verständliche und passende Worte. Endlich beginnt sie auch stumm den Gruss zu erwiedern. Am 28. August erfolgt die erste sprachliche Aeusserung, richtig und passend, aber noch sehr schüchtern. Sie isst allein, hält sich reinlich. Interessant ist, dass seit einigen Tagen die profusen Schweisse nachgelassen haben, ebenso die Salivation, die Hände sind warm geworden, und die Pupillen wieder von gewohnter Weise und beiderseitiger Gleichheit. Die Anfangs noch zitterigen Bewegungen werden kräftiger. Gehen und Stehen geschieht in normaler Weise. Der Puls ist viel gehobener, entwickelter, und von gewöhnlicher Frequenz. (80—90). Die psychische Erholung vollzieht sich nahezu in demselben Tempo, gleicht aber bezüglich den sonst den Patienten geläufigen Handarbeiten einer Neu-Erziehung, wenigstens einer gründlichen Wiederanleitung. Die Kranke bleibt noch längere Zeit geistig sehr schwach, von eingeschränkter Fassungskraft, geringem Interesse und sehr farbloser Stimmung. Für die überstandene Stuporphase besteht jetzt und in der Folge vollständige Amnesie. Das Körpergewicht hebt sich

in ziemlich raschem Ansteige zur Höhe, wie vor der acuten Erkrankung. — Seit dieser Zeit, also September 1880, bis heute hält ein Zustand von mässiger psychischer Schwäche mit zeitweiligen kurzen Erregungsphasen (Singen, albernes Spässe treiben, zudringliches Einmischen in die Angelegenheiten Anderer, Neigung zu Neckereien, Fluchtversuchen, trotzigen Ostentationen) an. Damit laufen körperlicherseits vorübergehende Kopffluxionen mit Kopfschmerz, drücken in der Magengrube, Uebelkeit und häufigem Erbrechen unter. Nicht so selten kehrt aber auch — oft auf geringfügige psychische Veranlassungen — der Stupor auf Stunden und selbst auf 1—2 Tage zurück. Regelmässig treten damit die Cyanose der Hände, Präcordial-Schmerz und Druck, peinliche Steifigkeitsgefühle in den Extremitäten, dem Hals und ganz besonders in der Zunge, und ein schmerzliches, motivloses Weinen ein; in dieser Phase bringen ableitende Mittel, namentlich häufige Senfhandbäder meistens Linderung und Rückkehr des Normalzustandes. Hin und wieder bildet sich aber die volle Höhe des Anfalls aus mit Status attonitus, Paralyse der vasomotorischen Innervation der Extremitäten, Hyperidnose, Salivation und bis zum vollständigen Perceptionsabschluss sich steigernden Bewusstlosigkeit — mit jeweils nachfolgender Amnesie. Den Beginn des Anfalls schildert die Kranke als das Gefühl eines auf die rechte Schläfegegend geführten Faustschlags. Immer bleibt nach Lösung des Anfalls die Pat. auf einige Tage blöder. Die Körperernährung hat sich mittlerweile noch weiter gehoben, so dass die Kranke wieder voll und blühend aussieht. Die Menses sind bis jetzt nicht eingetreten. —

Dieses abwechselnde Auftreten, diese klinischen Uebergänge legen den Gedanken einer nosologischen Verwandtschaft der kurzen Stuporphasen dieser Form mit den langdauernden der Dementia acuta sehr nahe. Dazu kommt, dass beide Formen sich auch prognostisch insofern nähern, als auch die kurzen Phasen (wie im Fall III) jeweils eine vorübergehende Verblödung mit Gedächtnisslücken zurücklassen, deren Wirkung, wenn die Anfälle sich häufen, fühlbar in den Gesammtverlauf des betr. Krankheitsfalles eingreift. Das stimmt auch mit der klinischen Erfahrung, dass die acuten Wahnsinnsformen, in welchen oftmals und namentlich auf längere Zeit Stuporzufälle sich einschieben, prognostisch ungleich schwerer verlaufen, als die symptomatologisch ganz verwandten, aber stuporfreien. Die zwischenläufigen Stuporanfälle sind hier in gewissem Sinne Aequivalente von acuter Dementia, welche mit manischen Reactionsphasen abwechselnd, die endlich definitive Dementia herbeiführen (katatonische Verrücktheit). — Wie scharf hebt

sich hiervon der Stupor des Falls II ab, wo mitten aus den bedrohlichsten Anfällen heraus immer wieder lucide Intervalle möglich waren, und auch nach Aufhören der ganzen Phase der Gesammtverlauf der Psychose sich nicht wesentlich verschlimmert zeigte.

Dies führt uns weiter zur Frage nach dem klinischen Charakter des Stupors und verwandter Zustände selbst. Zweifellos geht allein schon aus den citirten Beispielen hervor, dass die Genese und die klinische und namentlich auch die prognostische Bedeutung eine sehr verschiedene ist; demnach muss auch die Nosologie der einzelnen Formen eine differente sein. Das äusserliche Symptomenbild verräth zunächst davon wenig. In verschiedener Abstufung und Verbindung zeigt sich durchgehends dieselbe Gruppe von psychischen, motorischen und sensibeln Störungen: intellectuell und sensorisch ein gradweiser Perceptionsabschluss nach Aussen mit bald fehlendem, bald hallucinatorisch gebundenem, bald vollständig traumartigem Innenleben, welches sich in einer theils blöde staunenden, theils maskenartig schlaffen, theils starr grimassirten Miene ausprägt resp. in dieser Mimik wechselt; gemüthlich eine einseitige Schmerzgebundenheit bis herab zum gänzlichen Stimmungsmangel; motorisch ein Status attonitus von einfacher Regungslosigkeit bis zur vollständigen Passivität und Erschlaffung; sensibel eine manchmal bis zur Hemmung aller anderen Reize gesteigerte locale (gewöhnlich in einzelnen sensoriellen oder spinal-neuralgischen Bahnen verlaufende) Hyperästhesie bis zum vollständigen Empfindungstorpor, der Anästhesie; demgemäss anfänglich partiell vermehrte Reflexerregbarkeit bis zur schliesslichen Reflexerloschenheit, die motorische Regungslosigkeit zeigt im Einzelfall ein klinisch verschiedenes Verhalten: bald entspricht sie einer einfachen Spannung aus psychischer Hemmung; bald aber ist eine wirkliche Starre (ohne geistiges Formgepräge) und Contractur vorhanden. Der Ausbreitung nach werden zumeist und zunächst die mimischen (im weitesten Sinne) und nur seltener und nur in den Grenzfällen nach der Katalepsie und Tetanie hin, auch die übrigen willkürlichen Muskelgebiete ergriffen. Es ist übrigens zu bemerken, dass diese letzteren Uebergänge sehr fliessende sind,

und thatsächlich sehr häufig in demselben Krankheitsfall der einfache Status attonitus mit kataleptischen und tetanieförmigen Muskelzuständen intercurrirt und abwechselt. Als sehr bemerkenswerth habe ich schon bei früherer Gelegenheit die vasomotorischen Begleitsymptome hervorgehoben. In leichten und rasch vorübergehenden Stuporphasen im gröberen nicht hervortretend, bilden sie bei ausgeprägtem und länger dauerndem Stuporzustande, und ganz besonders in der Stuporform der Dementia acuta, eine hervorragende klinische Zeichengruppe. In einer kleinern Gruppe von Fällen sind dieselben hyperämisch-congestiver Natur: Pulsbeschleunigung mit Völle und Weichheit (Tardität) manchmal mit besonderer Congestionirung des Kopfes und febriler Temperatursteigerung; in der weitaus grösseren Zahl aber tragen sie das Gepräge der Vasoparese mit Herzschwäche: Cyanose und Kühle der Wangen, der oberen und unteren Extremitäten mit Blässe der übrigen Haut, Neigung zu — oft abundanter — Transpiration, venöse Injection der Conjunctiva mit eitrigem Secret, Phlyctänenbildung auf der Cornea (Fall III). Dabei ist der Puls klein, monocrot, oft fadenförmig, gleichzeitig sinkt in einer Reihe von Fällen die Ernährung, um später — oft überraschend schnell — sich wieder zu heben. In einem besonders schweren Falle von Verrücktheit mit intercurrentem mehrmonatlichen Stupor bei einem jungen, erblich schwer belasteten Manne mit perversem Geschlechtstrieb traten spontan blauschwarze Sugillationen beider Unterschenkel und skorbutische Entartung des Zahnfleisches ein, mit auffallend raschem Uebergang in die Norm nach Lösung des Stupors. Fast regelmässig fehlen auch locale Sympathicus-Neurosen im Auge und in der Speichelsecretion nicht. Dorthin gehören vor Allem die Pupillarveränderungen, welche in wechselnder Mydriase sich kundgeben, oft mit ungleicher Betheiligung beider Augen; hierhin die oft Tage und selbst Wochen dauernde profuse wässerige Salivation. Ich weiss nicht, ob nicht auch der eigenthümlich glänzende — „staunende“ — Blick mit dem oft unverkennbar prallern und mehr hervortretenden Bulbus während gewisser Stuporphasen auf einen sympathischen Ursprung zurückgreifen darf; sicher ist, dass derselbe durchaus nicht immer analogen

geistigen Innenvorgängen entspricht und stets mit Lösung des Stupors verschwindet. Manchmal wechseln die anfänglich congestiven vasomotorischen Zustände mit dem cyanotisch-anämischen Habitus, umgekehrt bot der Fall III das einleitende Bild einer Stase im Hirngefässgebiet mit kleinem variabeln Pulse, welcher einige Tage später heftige active Wallungszustände mit vollem Pulse zum Kopfe nachfolgten — der Reactionsphase nach einer Circulationssperre (Strangulation) vergleichbar.

Viel mannigfaltiger ist die klinische Entstehungsweise der Stuporformen, so weit wir sie bis jetzt zu übersehen vermögen. Ich möchte einen psychisch und einen direct organisch ausgelösten Stupor unterscheiden. In die erste Reihe gehören die peracuten und acuten Stuporphasen als Ausdruck einer psychischen (motorischen und sensibeln) Hemmung in Folge hallucinatorischer oder melancholisch schmerzlicher Ueberwältigung, auf der weitern Grundlage eines entsprechend widerstandslosen resp. geschwächten Sensoriums (eines invaliden Gehirns). Man bemerkt die Uebergänge gegen die Ekstase und Katalepsie, welche in der That wiederum nur fliessende sind [1]).

---

[1]) In eine ebenso ungesuchte als beachtenswerthe Analogie tritt, wie mir scheint, diese Stupor-Gruppe mit den Vorgängen des Hypnotismus. Hier wie dort gradweise Verdunkelung bis zum vollständigen Perceptionsabschluss; Status attonitus bis zur Katalepsie, Analgesie und Anaesthesie; ein in verschiedenen Stufen sich bewegendes traumartiges Bewusstsein; die leichten Recidive mit öfterer Wiederholung; hier wie dort endlich die mehr oder weniger tiefe neuropsychische Erschöpfung nach Auftreten des hypnotischen Zufalls = dem transitorischen Blödsinn nach Stupor. Sollte nicht auch die Genese für dieselbe Verwandtschaft sprechen? Hier wie dort ein dominirender Sinneseindruck, und mit Bindung der Aufmerksamkeit (wobei für die Erzeugung des Stupor-Zustandes der „Glasknopf" des Magnetismus nur weiter central in die schwindelmachende Hallucination verlegt ist); hier wie dort die Preisgabe der Willenshemmung, d. h. die wissentliche geistige Ergebung, hier wie dort dasselbe psychologische Erforderniss einer geeigneten nervösen Disposition. Nur die „unbewusste Nachahmung" fehlt ganz, welche beim Hypnotismus ein so hervorragendes Symptom ist; auch die Art des Erwachens ist verschieden, was vielleicht zum Theil mit der Tiefe und längeren Zeitdauer der Stuporphase und deren vasomotorisch-trophischen Begleiterscheinungen in näherem Zusammenhange steht. Aber es unterscheidet sich gerade im letzteren Punkte auch der spontane Hypnotismus, dessen Experiment mir ein an Verrücktheit lei-

Die Casuistik ist hier eine zahlreiche; bald mehr abulisch fakirähnlich, bald in der Tonusstellung des Staunens oder der Ueberraschung stehen die Kranken stundenlang da, oder es wechseln beiderlei Phasen — immer wieder durch Zwischenräume der psychischen Grundkrankheit unterbrochen — anfallsweise durch Tage und Wochen hindurch fort. Die letztere ist es, welche im Allgemeinen das weitere Schicksal des Krankheitsverlaufs bestimmt, wobei aber nicht zu übersehen ist, dass der intercurrente Stupor in dieser Form schon jedesmal eine vergleichsweise grössere Schwere der betreffenden Psychose — resp. des zu Grunde liegenden Hirnleidens — bezeichnet. Mit dieser psychischen Stuporform (*Westphal* nennt sie Pseudostupor) compliciren sich gewisse Formen von neuralgischen Melancholien, und speciell die sexuelle Verrücktheit.

Viel Formenreicher ist die zweite Reihe der Stuporzustände. Hier ist die psychische Hemmung eine organisch vermittelte: seltener plötzlich (heftiger Affectshok), gewöhnlich in langsamerer Entwicklung vollzieht sich die geistige Gebundenheit des Stupors, mit Sinnenabschluss nach aussen und den motorischen, sensibeln und circulatorischen Begleitsymptomen, die oben erörtert wurden. Hallucinationen können dabei sein oder fehlen; sie sind hier Mitphänomen der Stuporphase, nicht Ursache. In reiner und einfachster Form tritt dieser Zustand als Erschöpfungspsychose nach schweren fieberhaften Krankheiten im Puerperium, im epileptischen Irresein, oder in den Evolutionspsychosen auf; nicht so selten auch intercurrent im Verlauf periodisch maniakalischer Paroxysmen, in einer meiner

dender Spiritist schon vor Jahren in interessanter Weise demonstrirte (ich besitze die Beobachtungen noch) nicht unwesentlich von dem durch den Magnetismus erzeugten. Im Uebrigen scheint mir die symptomatologische Analogie beider in Rede stehender Zustände so viele positive Anhaltspunkte zu geben, als auch die den Stupor begleitende Vasoparese erst durch diese Vergleichung so recht in's physiologische Licht tritt. Ich habe hier die bekannte *Preyer*'sche Theorie einer Anhäufung von Ermüdungsstoffen im Gehirn für die partiellen Schlafzustände des Hypnotismus im Auge — Verhältnisse, welche auch für das erschöpfte Gehirn der hallucinirenden Stuporösen um so mehr zutreffen, als mit der circulatorischen Lähmung auch die ausgleichende Steigerung der Blutzufuhr, und damit die befreiende vis a ergo wegfällt.

Beobachtungen auch als selbstständige Phase (neben einer abwechselnd exaltirten) im circulären Irresein. Im Falle III näherte sich der plötzlich eintretende Stupor in rascher Steigerung dem Bilde des Delirium acutum, hielt sich aber von den typischen Formen, wie sie als Modificationen manischer und melancholischer Cerebropsychosen auftreten, noch genügend klinisch geschieden durch den raschen Umschlag in unvollständige Bewusstseinsluciditat, durch das Fehlen des Fiebers (die febrilen Nummern gehören der Pneumonie an), durch den Mangel der trophischen Innervationsstörungen, und vor Allem eines zusammenhängenden und folgerichtigen — theils mehr der acuten Periencephalitis, theils dem anämischen Hydrocephaloid ähnlichen — klinischen Verlaufs; wie ein „Krampf“ unterbrach vielmehr die Stuporphase den Gang der Neuropsychose, trat plötzlich ein, und schob sich ebenso wieder aus. In den anderen Fällen tritt das minder geräuschvolle und beängstigende Bild einer vasomotorischen Anenergie mit muskulärer Tonuslosigkeit, Analgesie und gesunkener Reflexthätigkeit in Scene. Dabei ist das Verhalten des Bewusstseins ein sehr verschiedenes. Manchmal ist ein reges Innenleben in phantastischer Traumwelt da, worüber der Kranke nach dem Erwachen romanhafte, nimmer enden wollende Erzählungen preisgiebt; anderemale bleibt die Stuporzeit eine Lücke im Gedächtniss, für welche der Kranke keine Ergänzung findet, weder für den Eintritt noch für die Lösungen. Die Betheiligung des vasomotorischen und trophischen Nervensystems ist eine individuell abgestufte; im Allgemeinen scheint dieselbe um so ausgeprägter und hartnäckiger zu sein, je mehr der Stupor dem Ausgang in Blödsinn zuneigt. — Bezüglich der Ausgänge, die bei dieser (selbstständigsten) Stuporform sehr mannigfaltig sind, treffen folgende Varietäten am häufigsten zu. Der günstigste ist 1) der Eingangs betrachtete: durch ein mehr oder weniger tiefes und langes Blödsinnsstadium hindurch (welches der sorgsamsten Pflege und Schonung des Kranken bedarf!) in Genesung. Es kann aber auch 2) die Stupidität definitiv werden: solche Kranke sinken dann langsam in immer tieferen Blödsinn herab mit theils stumpfer Negation, theils anhaltend gereizt-reflectorischer Abwehr gegen

jede Ansprache von aussen; die eiskalten blauen Hände, die habituelle Unreinlichkeit, der Ptyalismus bleiben; ganz vereinzelt ist auch hier noch Genesung möglich. — Oder aber 3) es folgt auf den Stupor ein längeres Stadium von Verrücktheit, in welchem der Kranke in seinem ganzen Verhalten noch von den überkommenen Hallucinationen geleitet ist, stundenlang dieselbe monotone Geberde macht, den Kopf an die Wand drückt etc.; die erst anhaltende Gebundenheit wird in gewissem Sinne flüssig in Form coupirter, kurzer Stuporanfälle, mit auch hier noch möglicher Reconvalescenz. Oder endlich 4) es schliesst sich an den Stupor eine mehr oder weniger heftige Manie an — die vasomotorische Reaction auf die circulatorische Stase im Stupor.

Dürfte in dieser oben besprochenen Gruppe der wichtigste Antheil an der Genese der vasomotorisch-trophischen Betheiligung zufallen, so scheint in der jetzt folgenden kataleptischen oder tetanoiden Stuporform die nähere Vermittlung direct auf dem neurotischen Gebiet zu liegen. Die vasomotorischen Symptome fehlen auch hier nicht, sind aber, wie es scheint, nur secundärer Natur. Der klinischen Entstehung nach gehört dieser Stupor vorwiegend der Gruppe der spinalen Verrücktheit aus sexuellem Ursprung an; ein dämonomanischer Verfolgungswahn auf Grundlage allgemeiner spinaler Hyperästhesie, in der Folge mit localisirten Neuralgieen, bildet die Einleitung und oft auf längere Zeit hinaus die „wahnspendende Matrix". Sexuelle Excesse, gewöhnlich Masturbation, oft auch Uterinleiden bezeichnen mit Anämie den entfernten körperlichen Ausgangspunkt. Nach verschieden langer Dauer, in welcher hypochondrisch-neuralgische Phasen mit Verfolgungswahn, sodann wieder hallucinatorische Aufregungszustände mit ekstatischen Traumphantasien abwechseln, rückt eine motorische Starre mit Perceptionsabschluss heran, in welchem die Kranken Tage und selbst Wochen lang verbleiben, Anfangs noch mit oft schmerzgebundener Mimik, thränenden Augen, schmerzlich bei Druck auf einzelne neuralgische Punkte reagirend, im Verlaufe aber immer mehr analgisch; unzugängig für jeden Anruf, sehr oft krampfartig mit der Hand die Augen und Ohren verschliessend, abstinent, so dass künstliche Fütterung nöthig wird, unreinlich.

Für die Genese dieses (kataleptischen) Stupor ist nun bemerkenswerth, dass sich nicht selten der Eintritt der motorischen Starre Schritt um Schritt verfolgen lässt, und zwar successive nach den im Verlaufe der Neuralgieen gelegenen Muskelgebieten. Es kann eine Körperseite nach der andern, ja selbst eine Hälfte der Brustmusculatur für sich allein, nachdem zuvor sehr lebhafte Intercostal-Schmerzen sich bemerkbar gemacht, in brettartige Starre übergehen. Die durch das Essengeben nöthigen Berührungen der Zähne und der Mundschleimhaut erzeugen stunden- und tagelangen Trismus. Daneben versinkt das Bewusstsein auf eine Traumstufe, welche nur noch vereinzelte, und gewöhnlich illusorische Wahrnehmungen zulässt, um so mächtiger aber die durch die Starre veränderten Innervationsgefühle aufnimmt, und daraus, wie spätere Geständnisse ergeben, eine phantastische Wahnwelt von bösen Geistern, manchmal auch von cynischen Verfolgern ausbaut, welche ihrerseits von den Gliedern Besitz nehmen, die Stimme und die Gesichtszüge bannen, den Athem stellen und so den Kranken zu absoluter Ruhe zwingen. Nach Tagen oder auch nach Wochen mit Sinnenabschluss und vollständiger motorischer Passivität (Nahrungsverweigerung, beständige Unreinlichkeit), sinkender Ernährung, kleinem Pulse, kühleu Extremitäten, wobei die starre Gesichtsmaske nur vorübergehend durch ein leises Lächeln und durch Thränen der starrenden Augen belebt wird, tritt endlich wieder Perception ein und ganz allmälig auch wieder spontane Beweglichkeit zugleich mit Rückkehr der taktilen und Schmerzempfindlichkeit. Es folgt jetzt ein Stadium des Blödsinns, in welchem der Kranke gewöhnlich nur langsam sich aus der stuporösen Traumphase erholt, und in der Umgebung sich wieder zu orientiren beginnt. Manchmal kehren diese cerebrospinalen Stuporanfälle auch wiederholt im Laufe der Verrücktheit wieder, und hinterlassen endlich einen immer grösseren psychischen Defect mit zunehmend gesteigerter Neigung zu Recidiven. Hin und wieder schiebt sich auch hier nach dem Stupor eine Manie ein mit Wallungszuständen zum Kopfe, frequentem vollem Pulse, excessiven motorischen Entladungen und einem hallucinatorisch fragmentaren Delirium — ein Zustand, welcher (wie schon erwähnt) in mehrfacher Hin-

sicht an die convulsivischen Muskelreactionen nach Gefässstasen (Strangulation) erinnert. — In anderen Fällen fehlt diese maniakalische poststupuröse Phase und der Kranke wandelt in jenen Endzustand von cerebrospinaler Verrücktheit über, wo jeder sensible Eindruck sofort in motorische Reaction umschlägt, jede Unlustempfindung zur krampfhaften Zornentladung treibt, die aufsteigende Vorstellung zur Hallucination wird und der Kranke, der cerebralen Hemmungen baar, zur endlichen Reflexmaschine herabsinkt.

Eine letzte Gruppe von intercurrenten Stupor-Zufällen gehört den katatonischen Verrücktheitsformen an.

Im Vergleich zu den vorhin abgehandelten specialen, tragen diese mehr den cerebralen, zum Theil noch psychisch innervirten Formcharakter. Sie bestehen in Anfällen von mimischer resp. physiognomischer Norm, deren Stufenleiter von der im Ausdruck fixirten geistigen Geberde sich abwärts bewegt bis zu Zwangsstellungen in blödem, grimassirendem Staunen oder tonisch convulsiven Mukelverzerrungen, dabei besteht ein stufenweise vollständiger Perceptionsabschluss nach aussen mit gleichmässig gradweise verminderter Empfindlichkeit und aufgehobener Spontaneität. Nicht selten sind es Attituden von Ausbreitungen der Arme, wie bei der Kreuzigung anderemale forcirte Streckungen des Rückens mit gebietender Geberde, wieder anderemale wird die Gesichtsmaske in irgend eine blöde staunende Grimasse festgebannt mit gleichzeitig gespreizten Fingerstreckungen der im Tonus vorgehaltenen Arme; wieder anderemale schwindet gegentheils in plötzlichem Umschlag der psychische Rückenmarktonus, und der eben noch manisch agitirte Kranke sinkt unregsam in einer Zimmerecke kauernd zusammen, lässt Speichel herablaufen, die Excremente unter sich gehen, bleibt unzugängig für jeden Anruf. Nach kürzerer oder längerer — oft auf Stunden ausgedehnte — Dauer kehrt die Innervation zurück, und der Kranke erwacht wieder zu seinem früheren Gebahren, oder zu einem Zustande leidlicher Ruhe, in welchem er keine oder nur traumartige Erinnerung an die überstandene Stuporphase mitbringt. In der Regel wiederholen sich diese Zustände öfter in demselben Krankheitsverlauf, so zwar, dass daraus eine eigene Krank-

heitsform abgeleitet und aufgestellt wurde. Auffällige vasomotorische oder circulatorische Begleitsymptome sind bis jetzt nicht festzustellen gewesen. Prognostisch zeigen sich alle diese stuporösen Verrücktheitszustände als vergleichsweise viel schwerer, als die ohne Stupor verlaufenden. Eine Erklärung ist vorerst nur hypothetisch möglich, doch scheint, wie bereits angedeutet, auch hier die neurotische Genese am wahrscheinlichsten.

Es liegt die Annahme nahe, dass der Ausfall der höheren Hemmungsthätigkeit im Gehirne des Verrückten diese thatsächliche „Einbildung“ aufstrebender Grössenwahns- oder Büsser-Gedanken in die Musculatur (d. h. in die eingelernten motorischen Geberden-Combinationen) vermittelt, indem der psychische Reiz überwältigt und ungehemmt durch die fehlende Kritik und Reflexion auf's motorische Gebiet sich zu übertragen vermag. Es wäre dies auch noch gewissermaassen eine Art von Reflex, nur von höheren Bahnen ausgelöst. Die vorübergehenden Anfälle von mimischer Verzerrung und physiognomischer Grimassen reihen sich nosologisch direct den intercurrenten Krämpfen unter, wie sie dem hysterischen Habitus eigenthümlich sind, wobei aber auch hier — wie die oft glänzenden Erfolge der Morphiumtherapie beweisen — dunkel gefühlte und die Starre bedingende sensible Reize nicht ausgeschlossen bleiben. In der That stehen diese Formen von katatonischer Verrücktheit auch sämmtlich auf constitutionell neuropathischer Grundlage. Diesen gegenüber dagegen dürften die zeitweiligen Anfälle von psychomotorischem Tonus-Mangel mit Wahrnehmungs- und Willensabschluss als reine Erschöpfungsphasen aufgefasst werden, herrührend von vorausgegangenen cerebralen Aufregungen, als Aeusserungsweisen und auf Grund lage eines in periodisch unregelmässiger Hyper- und Akinese schwankenden invaliden Gehirnlebens. —

Illenau, Mai 1881. *Schüle.*

Ueber Schädeleinreibungen bei allgemeiner fortschreitender Paralysis.

Von

Dr. Oebeke,
dirig. Arzt der Heil- und Pflegeanstalt für Nervenkranke
zu Endenich bei Bonn.

Wer als Arzt einen der allgemeinen Paralyse verfallenen in einem sogenannten paralytischen Anfall beobachtet, wo es ungewiss ist, ob ein bis dahin noch ziemlich kräftiger, mit mässiger Demenz behafteter Mann, dessen Krankheit nur langsam, schleichend fortschreiten zu wollen schien, zum Leben wieder erwachen, und wenn, ob er dann nicht körperlich und geistig erheblich gesunken, ein bemitleidenswerthes Dasein fristen oder ob gar der Tod direct bei dem ersten Anlauf aus diesem Kampfe als Sieger hervorgehen wird, der wird zu ernsten Erwägungen sich gedrängt fühlen, ob die ärztliche Wissenschaft und Kunst keine Mittel bietet, diesen stürmischen drohenden Erscheinungen zunächst Einhalt zu thun und den späteren Krankheitsverlauf weniger unheilvoll, als bisher, zu gestalten. Solche und ähnliche Gedanken führten bereits vor Jahren — zu einer Zeit, da von Heilungsversuchen der Paralyse auf diesem Wege noch Nichts verlautete — in der hiesigen Anstalt bei den oben genannten Zuständen verschiedener Paralytiker zur Anwendung von Schädeleinreibungen. Dieselben wurden bei den schweren, das Leben bedrohenden Anfällen solcher Kranken gemacht, deren geistiger und körperlicher Verfall noch nicht zu weit fortgeschritten, deren Ernährung noch eine gute und bei denen der Verlauf der Krankheit bis dahin kein rapider gewesen war. Es lag dieser Maass-

nahme die Idee zu Grunde, durch eine rasche und energische Ableitung von dem kranken Organ zunächst das gefährdete Leben zu erhalten und später durch eine länger zu unterhaltende Eiterung möglichst nahe dem Locus morbi ein Weiterschreiten des destructiven Krankheitsprocesses, wenn möglich, zu verhindern oder doch zu verlangsamen. Eine Heilung des krankhaften Grundzustandes war nach der damals allgemein geltenden absolut lethalen Prognose für jede ächte Paralyse nicht direct in's Auge gefasst. Wir wählten zu diesem Zwecke das Unguent. acre, weil es verhältnissmässig rasch einen sphacelescirenden Hautschorf hervorruft, mehr umgrenzt wirkt und keine solche nicht zu bemessende weit verbreitete Entzündung der Hautgewebe, kein Fieber, hervorruft, auch weniger schmerzhaft wirken soll, als z. B. das meist gebrauchte Ung. tartar. stibiat. Die Salbe besteht aus

Hydrarg. bichlorat. corros.
Cantharid.
Liq. stibii chlorat. āā 1
Ung. basilic. 4.

und wird ähnlich wie das Ung. tart. stibiat. in eine etwa thalergrosse von Haaren frei rasirte Stelle der Kopfhaut innerhalb 24 Stunden etwa alle 5—6 Stunden eingerieben, dann mit Kataplasmen behandelt und später mit Ung. basilic. verbunden. Meist schon nach 24 Stunden, selten nach längerem Zeitraum ist die eingeriebene Stelle erhoben und geschwellt, zeigt bald zerfallendes Gewebe und dünnflüssige, allmählich eitrige Absonderung. Wir rieben stets auf einem Scheitelbein ein, etwas abwärts von der Sutura sagittalis und nach hinten von der Sutura coronaria: eine Stelle, welche annähernd der Gegend des Gehirns entspricht, in welche man das sogenannte motorische Gebiet der grauen Hirnrinde zu verlegen pflegt und wir nahmen die Seite des Schädels, welche den Gliedern, in welchen vornehmlich oder im Beginn des Anfalls die Zuckungen auftraten, gegenüber lag. Die fünf Fälle, in denen in der angegebenen Weise eine Einreibung von Ung. acre angewendet wurde, sind kurz die folgenden, denen ich als 6. Fall eine ebenso behandelte andere Gehirnerkrankung hinzufüge.

1. L. P., Fabrikant, 53 Jahre alt. Aufnahme in die Anstalt 25. Juni 1866. Beginn der Krankheit unter Renommiren, leichter Gereiztheit, lautem Sprechen, vor 2 Monaten, nachdem er seit etwa 3 Jahren ostentativ kirchlicher als bis dahin geworden. Jetzt Tobsucht, Grössenwahn vorhanden. Patient sehr thätig, leistungsfähig, erwarb ein ziemlich grosses Vermögen aus eigner Kraft. Am 16. Juli beginnende Hinfälligkeit, Erbrechen, Sommnolenz, diese sich behauptend; daher nach anderen wirkungslosen therapeutischen Maassnahmen am 17. Ung. acre in den Schädel eingerieben. Darnach Besserung. Seit dem 24. wieder auf den Beinen, faselt und perorirt in früherer Weise. Am 31. Mittags von Neuem Schwäche, Sommnolenz. Tod am 1. August Morgens 9 Uhr. Keine Section.

2. F., 46 Jahre alt. Beginn der Krankheit Anfangs 1873. Aufnahme in die Anstalt 19. September 1873. Jetzt excessiver Grössenwahn. Stimmung sehr reizbar. Unsicherer schwankender Gang, Zittern in den Händen, in den Gesichtsmuskeln, Parese im Gebiet des linken Nerv. facial. und der Sympathicusfasern für die rechte Iris. Am 18. September 1874 mit Verlust des Bewusstseins klonischer Krampf in allen 4 Extremitäten, links stärker und dann im rechten facialis. Linke Extremitäten und Blase hinterher vorübergehend gelähmt. In den nächsten beiden Tagen noch mehrmalige Krämpfe vorwiegend in den linken Extremitäten. Am 21. September 1874 Einreibung von Ung. acre auf dem rechten Seitenwandbein. In den nächsten Tagen schwache Krämpfe in den linken Extremitäten. Geht seit dem 26. wieder umher, erscheint kindisch-vergnügt, exaltirt. Am 10. October von Neuem allgemeine Krämpfe, stärker links mit Verlust des Bewusstseins bis der Tod am 16. October eintritt. Die Section ergab Schädelsklerose, Pachy-leptomeningitis mit Encephalitis superficialis chronica, stärker an der vorderen Hirnhälfte; die Hemisphären des Grosshirns abgeplattet, die Seitenventrikel ungewöhnlich gross, der rechte der Convexität der Hemisphäre sehr viel näher liegend, als der linke.

3. J. O., Banquier, 46 Jahre alt. Verliess am 28. Septbr. 1858 nach $^{7}/_{4}$jährigem Aufenthalt die Anstalt so gebessert, dass er im folgenden Winter eine Reise nach Italien machte. Hinterher deprimirt, seit August 1859 von Neuem exaltirt. 2. Aufnahme in die Anstalt am 7. October 1859 wegen enormer Gemüthsreizbarkeit bis zu Thätlichkeiten, sinnlosem Grössenwahn; später tobend, sehr schmierig, heiter oder gereizt. Rechte Pupille weiter, als die linke. Sprache häufig anstossend, meisst schleppend. Gang breitspurig, schwankend. Abträufeln von Urin. Am 13. Februar 1861 allgemeine Zuckungen am stärksten im rechten Arm, rechten facialis, linken Bein mit Bewusstlosigkeit. Einreibung links am 14. Sprachlosigkeit, Lähmung des rechten Armes und der Blase vorhanden. Am 17. der rechte Arm wieder activ beweglich, am 24. die Sprache wieder geläufig und der Gang bessert sich fortschreitend mehr und mehr. Die eingeriebene Kopfstelle eine Zeit lang stark, später schwach eiternd, ist erst am 16. Mai 1861 (also nach 3 Monaten) vernarbt. Am 9. October (also 8 Monate nach Be-

ginn), circa 5 Monate nach Vernarbung der Einreibung neuer Krampfanfall mit stark getrübtem Bewusstsein, mehrmals sich wiederholend bis zum Tode am 16. October 1861. Bei Rückkehr ziemlich guter Motilität eine geistige Besserung nicht eingetreten. Section: Sklerose des Schädels, Pachy-leptomeningitis und Encephalitis superficialis chronica, namentlich der vorderen Hirnhälfte mit Abplattung der Hemisphären des Grosshirns. Sehr starke Verwachsung der Hirnhäute mit dem Schädeldach, untereinander und mit der grauen Hirnrinde.

4. R. H., 36 Jahre alt, Kaufmann. In die Anstalt aufgenommen den 18. Juli 1860. Euphoristisch, kauflustig, vergesslich, geistig ziemlich stark geschwächt; hat Glotzaugen, sehr enge Pupillen, sehr wenig reagirend bei Lichtwechsel, die linke etwas weiter als die rechte; an der rechten Iris die Sympathicuswirkung aufgehoben. Sprache schleppend, verwechselt ähnlich klingende Worte, Zunge zitternd im Gewebe, Handschrift undeutlicher, obschon grösser, Gang breitspurig, schwankend, Urinbeschwerden, Gürtelgefühl; Sensibilität der Haut abgestumpft. Patient seit einem Choleraanfall 1849 psychisch verändert, leidet seit 1852 am Schwindel, seit 1858 Abnahme des Körpergewichts um 20 Pfd., erlitt im Februar 1860 einen epileptiformen Anfall, seitdem deutlich psychisch krank. Am 22. März 1861 allgemeiner Krampfanfall mit Verlust des Bewusstseins (also nach 13 Monaten zweiter Krampf); am 23. März 1861 Einreibung von Ung. acre in das Os parietal. dextr. Die Wunde mit kurzen Unterbrechungen, anfangs stärker, später schwach eiternd, bis 1. December 1861 also 8 Monate. Im Laufe der Eiterung stiess sich ein ein Markstück grosser runder Knochen ohne Tabul. vitrea, die erhalten blieb, also aus äusserer Knochenlamelle und einem Theile der Diploë bestehend, schmerzlos ab. Für die nächsten 8—10 Monate, also etwa während der Dauer der Eiterung besserte sich der Gang, er war sicherer und ausdauernder, seitdem aber fortschreitende Abnahme auf geistigem und körperlichem Gebiete ohne vorangegangene Besserung auf ersterem. In der Nacht vom 30. zum 31. Januar 1863 (also 22 Monate nach Beginn der Einreibung und 14 nach deren Ende) erneuter Krampf mit bald folgendem Tode am Morgen. Die Section nicht gestattet.

5. J. M., 46 Jahre alt, früher Kaufmann. Aufnahme in die Anstalt 25. Februar 1872. Krank seit Herbst 1870. Beide Pupillen zu eng, die linke weiter, gut reagirend, die rechte starr. Zittern und Zucken in den Gesichtsmuskeln, Sprache häsitirend, Handschrift sehr unsicher, Gang breitspurig, schwankend. Euphoristisch, Alles übertreibend, selbstgefällig, renommirend mit seinem vermeintlich grossen Vermögen, seiner Familie; ziemlich stark schwachsinnig, reizbar. Seit dem 30. März 1873 mehrere Tage hintereinander klonische und tonische Zuckungen in den Muskeln des Gesichts und in den Extremitäten, vorwiegend in den rechten mit nachfolgender Parese in denselben. Bewusstsein theils getrübt, theils erloschen. Einreibung von Ung. acre auf das linke Scheitelbein am 6. April 1873. Da Patient die Kataplasmen nur zeitenweise und schliesslich gar

nicht liegen liess, so entstand keine lange reichliche Eiterung und die sphacelescirte Stelle heilte nach mehreren Wochen. Hinterher war auf geistigem Gebiete keine Besserung zu constatiren, allein er blieb doch im Stande die Zeitung zu lesen und mit einiger Aufmerksamkeit Domino zu spielen, während in Armen und Beinen für die nächsten $2^1/_2$ Jahre die Kräftigkeit und Ausdauer der Bewegungen, nachdem die Parese in den rechten Gliedern allmälig überwunden, erheblich gebessert sich zeigte, so dass Patient ohne Unterstützung fast 2 Stunden im Garten umherspazieren konnte. Allein es war ein bedeutender Grad amnestischer Aphasie, Parese des rechten Nerv. facial. und fast constante Blasenlähmung zurückgeblieben. Es stellten sich bei Patient nur noch 1 mal am 1. Mai 1877 (also nach 4 Jahren) klonische Zuckungen im Gesichte, in beiden Armen und gleich hinterher in den rechten beiden Extremitäten ein ohne Verlust des Bewusstseins, bis dann unter fortschreitender Abname der geistigen und körperlichen Kräfte am 26. December 1878 der Tod eintrat (also $5^3/_4$ Jahre nach jener Kopfeinreibung). —

Hieran reihe ich einen 6. Krankheitsfall von Gehirnerkrankung nach Apoplexie, der ohne zu der eigentlichen Paralysis progressiva zu gehören, doch manches Analoge bietet.

6. C. M., 38 Jahre alt, Notar. Aufnahme in die Anstalt 8. Januar 1873. Psychisch krank seit Weihnachten 1872. Circa 4 Jahre vorher Apoplexie mit Sprachstörungen, Lähmung des rechten Nerv. facial. und vorübergehenden Innervationsstörungen in der rechten Hand. Die linke Pupille enger, durch mangelnde Innervation vom Nerv. sympath. aus. Patient deutlich schwachsinnig, melancholisch erregt, verworren, sehr vergesslich. Seit dem 12. Januar Schlafsucht, die allmälig mehr und mehr einen soporösen Charakter annimmt. Am 16. Januar 1873 Einreibung von Ung. acre auch das linke Os parietal. Bei ziemlich starker Eiterung in den nächsten 3 Wochen deutliche Besserung des geistigen Zustandes. Dann wehrt Patient jede Behandlung für weitere Eiterung ab, so dass im Ganzen nach 6 Wochen die Wunde verheilt war. Einfältigkeit, Verworrenheit und melancholische Unruhe traten langsam zunehmend wieder hervor. Nach temporärer Pflege in einer anderen Anstalt, kehrte er zu seiner Familie zurück, wo er in schwachsinnig verworrenem Zustande am 22. October 1879 ($6^3/_4$ Jahre nach jener Einreibung) starb.

Demnach brachte in den beiden erstgenannten Fällen die Einreibung keinen Erfolg, da der Tod kurze Zeit nach derselben unter anscheinend beginnender Besserung die Kranken fortraffte. Im 3. Falle hielt die Eiterung 3 Monate an, der Kranke zeigte eine Besserung seiner Motilität, keine seines geistigen Zustandes. Nach 8 Monaten (5 Monate nach der

Vernarbung) trat ein neuer Krampf mit tödtlichem Ende ein. Der 4. Patient hatte bereits einen Krampfanfall überstanden vor Aufnahme in die Anstalt. Bei Wiederholung desselben nach 13 Monaten ward die Einreibung gemacht, 8 Monate lang dauerte die Eiterung, die Motilität besserte sich erheblich während der ersten 10 Monate, ohne dass eine günstige Wandlung auf geistigem Gebiete sich constatiren liess und die erstere ging auch hinterher mit letzterer allmälig wieder verloren, bis 22 Monate nach der Einreibung und 14 Monate nach der Vernarbung ein 3. Krampfanfall dem Leben ein Ziel setzte. Bei dem 5. Paralytiker entfaltete die Einreibung keine so intensive und lang dauernde locale Wirkung, wie in den beiden vorhergehenden Fällen und doch war die Besserung auf motorischem Gebiete, während das geistige durch Hinzutreten der amnestischen Aphasie eher eine Beeinträchtigung erlitt, eine erhebliche, auf 2½ Jahr sich erstreckende. Erst nach 4 Jahren wiederholten sich die Convulsionen etwa für ½ Tag ohne Verlust des Bewusstseins und 5¾ Jahr nach der Einreibung erfolgte der Tod. Der 6. Fall, der erwähnte Apoplecticus, lebte seit der Apoplexie bis zur Einreibung über 4, nach derselben bis zum Tode noch 6¾, im Ganzen seit jenem Insulte noch 11 Jahre. Bei ihm allein trat nach der Einreibung eine vorübergehende geistige Besserung zu Tage. Bei den Paralytikern betrug die Lebensdauer seit erkanntem Ausbruch der Krankheit 3½ Monat, 1¾ Jahr, 4¾ Jahr, 3 Jahr, 8¼ Jahr, seit der Einreibung bei den 3 letzten (die beiden ersten kommen selbstredend dabei nicht in Betracht) 8, 22 Monate, 5¾ Jahre. Dieselben zeigen also zum Theil eine vergleichsweise späte Wiederholung der Krämpfe, eine längere, selbst ungewöhnlich lange Lebensdauer, wobei dies 2. Moment vielleicht durch das erste bedingt ist, eine Besserung auf motorischem Gebiet: also im Ganzen einen mildern Verlauf. Bedenken wir dabei, dass die Einreibung bereits in einem fortgeschrittenerem Stadium der Paralyse unter sehr ungünstigen, schweren, das Leben bedrohenden Krankheitserscheinungen in Anwendung gezogen wurde, dass trotzdem die vorerwähnte Besserung auf motorischem Gebiete von geringerer oder grösserer Intensität, zum Theil von längerer Dauer erzielt wurde, ohne dass allerdings die psychischen

Symptome eine günstige Wandlung erfuhren, indem namentlich der frühere Zustand geistiger Abschwächung unverändert sich behauptete, dann lässt sich nach Alledem bei einer frühzeitigern, intensivern und ausgedehntern solchen Einwirkung auf den Schädel vielleicht doch eine weitergehende Verlangsamung und Milderung des Verlaufes dieser verderblichen Krankheit erzielen. Wenn auch die anderwärts erweckte Hoffnung auf eine restitutio in integrum mit der früheren geistigen Leistungsfähigkeit nach den obigen Erfahrungen herabgestimmt werden muss — denn bei einer 3—8 monatlichen Eiterung hätte sich wohl der Anfang einer geistigen Besserung zeigen dürfen —, so scheint doch bei der dargethanen Möglichkeit einer Besserung ein solcher therapeutischer Versuch in geeigneten Fällen nicht a limine zurück zu weisen, schon nach dem Grundsatz: „Remedium anceps melius quam nullum". Die Besserung der Motilität in den vorstehenden Beobachtungen dürfte aus der Lage der Einreibung und Eiterung unmittelbar über dem motorischen Gebiete der Hirnrinde sich erklären. — Ich erlaube mir bei dieser Gelegenheit zu erwähnen, dass nach dem Eindruck in meiner 21jährigen psychiatrischen Praxis der Verlauf der Paralyse in der 2. Hälfte dieses Zeitraums im Allgemeinen weniger stürmisch aufgetreten ist, als in der ersten Hälfte. Die Neigung dies zu Gunsten einer grösseren Ausdehnung des no-restraint bei der Behandlung der Paralyse auszulegen, ist wohl erklärlich, ob dies aber — wenn überhaupt — der einzige Grund für diese Erscheinung ist, müsste erst Gegenstand einer eingehenden speciellen Untersuchung sein. —

Dass in früherer Zeit Schädeleinreibungen mit Unterhaltung längerer Eiterung bei verschiedenen Psychosen mit sehr wechselndem Erfolg angewendet worden, ist bekannt. Ich erinnere vornehmlich an *Jacobi*'s bekannte Schrift und wer sich für die Literatur dieses Gegenstandes interessirt, findet dieselbe in *Madelung*'s Dissertation „Ueber die Anwendung der Einreibungen des Ung. stibio-kali tartar. in die Scheitelgegend in bestimmten Psychosen", Bonn 1869, reichhaltig zusammengestellt, in welcher er zugleich über 19 neue Fälle aus eigener Beobachtung in Siegburg berichtet.

Was nun die Behandlung speciell der Paralyse mit solchen

und ähnlichen direct ableitenden Mitteln und Maassnahmen anlangt, so wurden dieselben mehrfach als Moxen, Haarseile, grosse Vesicantien, Cauterien in den Nacken, von *Bayle* und *Calmeil*, neuerdings von *Voisin* in bestimmten Perioden der Paralyse, empfohlen. *Browne* (*Simon*, Dementia paralytica S. 101) wandte Einreibungen von Crotonöl auf den geschornen Kopf an. *Snell* (Psych. Ztschr. Bd. 33. S. 296) sah von Anwendung des Ung. tart. stib. bei 5 Fällen „allgemeiner Paralyse von noch nicht langer Dauer“ nur in einem Falle Besserung und in diesem erschien ihm der ätiologische Zusammenhang zwischen Besserung und Kurverfahren zweifelhaft. *Sander* (Arch. f. Psych. Bd. VII. S. 648) spricht sich gegen solche Einreibungen bei der Paralyse aus, ebenso *Mendel* (die progressive Paralyse der Irren, S. 292). *L. Meyer* (Berl. klin. Wochenschrift 1877 No. 21 und 1880 No. 15) „heilte“ von 15 mit Ung. tart. stibiat. behandelten Paralytikern unter 2—3 monatlicher Eiterung 8, während *Haunhorst* (Klin. Wochenschr. 1880 No. 13) auf Grund eigener Erfahrungen gegen diese Methode polemisirt. Der wohlthätige Einfluss langdauernder Eiterungen auf den Verlauf der Paralyse ist mehrfach beschrieben, so noch jüngst von *J. Christian* in Mareville (Annales méd.-psychol. 1880, Centralblatt für Nervenheilkunde 1881 No. 2) in 2 Fällen mit Eiterungen an Armen und Beinen, von *Ingels* (Leçons orales sur les phrénopathies par *Guislain* 2me édition tom. II S. 284) in einem Falle mit Eiterung am linken Bein, in welchem die Heilung nach 10 Jahren noch bestand, ferner von *Savage* nach einem sehr starken Karbunkel (Journal of mental sc. Jan. 1881 und Centralblatt für Nervenheilkunde etc. 1881 No. 9) von *Mickle* (General paralysis of the insane 1880) nach complicirter Fractur einer Tibia und s. Z. von mir selbst (Zeitschr. f. Psych. Bd. 36. S. 711) als bei einem Paralytiker nach einer an Erysipelas faciei et capitis sich anschliessenden längern und reichlichern Eiterabsonderung aus der Nase beobachtet, nebst einer Zusammenstellung weiterer ähnlicher Fälle anderer Autoren zur Kenntniss gebracht worden. Ob bei einem solchen Zusammentreffen der Sitz der Eiterung an „einer vom Gehirne möglichst weit abgelegenen Stelle“, wie *Stenger* (Zeitschrift f. Psych. Bd. 37, Hft. 6) meint, von günstigster Bedeu-

tung ist, bedarf noch erst des Nachweises. — Diese Gelegenheit benutze ich zu der Mittheilung, dass der von mir als geheilt angegebene Paralytiker (Zeitschr. für Psych. Bd. 36 S. 705), nachdem er in anscheinend ungetrübter Gesundheit über 3 Jahre bei seiner Familie gelebt, wieder erkrankt und dann bald in einem apoplectiformen Anfall gestorben ist: so trügerisch sind die „Heilungen" der Paralyse.

Vorläufige Mittheilung über den Einfluss des Atropins auf epileptische Kranke.

Von

Dr. Köllner,

2. Arzt an der lothring. Bezirks-Irrenanstalt bei Saargemünd.

Das Atropin hat neuerdings wieder Beachtung gefunden und ist empfohlen worden, nachdem schon früher das Extract aus Atropa Belladonna vielfach gegen Epilepsie angewendet worden war. Die mit beiden Präparaten seither erworbenen Erfahrungen lassen in der That erkennen, dass, wie ältere Aerzte, *Hufeland, Theden, Stoll* und neuere, *Trousseau, Skoda, Soettis*, nach Versuchen in *Leidesdorf*'s Klinik (Compend. v. *Weiss*) übereinstimmend angeben, mindestens ein Einfluss auf die bei der Epilepsie auftretenden Erscheinungen zu constatiren ist. Freilich blieb er hinter den gehegten Erwartungen zurück. *Broadbent* (der das Extract bis zur Pupillenerweiterung in steigender Dosis gab) und *Tasalli*, der (von 0,0005—0,002 steigend) das Atropin anwandte, berichten wohl, letzterer über 4, Fälle von Heilung. Im Allgemeinen aber kann doch noch die Ansicht als geltend angesehen werden, nach welcher man, wie *Nothnagel* in seinem Resumé (Arzneimittellehre von *N. v. Rossbach* 1878) „immer nur Besserung, keine Heilung sah, während allerdings in der Neuzeit verschiedene Aerzte eine vollständige Heilung nach Atropin gesehen haben wollen. Doch fehlt hier die Fülle bestätigender Einzelbeobachtungen". Solche wenn auch bei dem zu Gebote stehenden Material, leider nicht für Heilung, doch wenigstens als Anhaltspunkte für eine genauere Individualisirung und Indication zu sammeln, war die

Absicht bei der Veröffentlichung der nachstehend zusammengefassten Versuchsresultate, welche durch subcutane Application des Atropins bei Epileptischen gewonnen wurden.

Ausgangspunkt für einen abermaligen Versuch therapeutischer Anwendung des A. bei Epilept. wurde die wiederholte Beobachtung, nach welcher bei mehreren unserer Kranken vor dem Anfall der Puls ein voller, eigenthümlich weicher, modulirender von mindestens 84 Frequenz, bei anderen gegentheils hart, gespannt und frequent, jedenfalls aber bei fast allen Beobachteten ein von dem sonst als Norm für den einzelnen Kranken anzusehender Puls verschiedener und unregelmässiger war. Neben diesen Pulsformen bestand eine mehr oder weniger ausgesprochene Pupillenverengerung — nie Erweiterung. Diese Erscheinungen verschwanden während des Anfalls und schlugen nach demselben in das Gegentheil um. Nur haben die, besonders von Wiener Aerzten, *Schroff* und Schülern desselben, an Menschen mit Atropin angestellten Versuche ergeben, dass nach dessen innerlicher oder subcutaner Anwendung zuerst eine Pulsverlangsamung (wie dies auch *Zeiss*, Dissertation, Jena, unter *Preyer* gefunden) und später erst Beschleunigung (wie solche nach der Application *Mesniot*, *Erlenmeyer*, *Weber* und *Cavazzani* behaupten) unter gleichzeitiger Pupillenerweiterung auftrat. Es lag daher nahe, durch das Atropin den abnormen Zustand der Gefässinnervation, der den Krampfanfall einleitete und damit letzteren selbst zu coupiren.

Die Erwartungen betreffs einer Heilung eines der später näher zu schildernden Kranken konnten und durften dabei freilich nicht zu grosse sein; schon im Hinblick auf die lange Krankheitsdauer. Sehen doch *Herpin* und *Voisin*, welche noch am meisten für die Heilbarkeit der Epilepsie plaidirt haben, Epileptische, welche mehr als 500 Anfälle erlitten haben, als nicht mehr heilbar an.

Es wird daher in der nachfolgenden Zusammenstellung einer Reihe mehr oder weniger vollständig angeführter Beobachtungen nur darauf ankommen, festzustellen, ob das Atropin einen Einfluss auf die Kranken gehabt hat und wenn, welcher Art derselbe war; ferner ob die vor der Hand gewonnenen Resultate zu weiteren Versuchen auffordern, weil solche das Ma-

terial zu einer event. genaueren Individualisirung der Fälle und damit der Indication zur Anwendung des Atropins in sich schlössen.

Anfangs hat nur die Absicht bestanden, einzig und allein gegen die Zahl der Anfälle, besonders bei schwer leidenden Epileptikern, bei denen Bromkalium, wenigstens in den verabreichten geringeren Dosen, ohne günstige Wirkung blieb, vorzugehen. Erst später, als die Aufmerksamkeit durch gewisse regelmässig auftretende Erscheinungen in dem Wesen des Pulses und der Pupillen geweckt wurde, sind genauere Zählungen und Vergleichungen vorgenommen worden.

Das Atropin hat wirklich die Anfälle, den Puls und vor Allem, wie es scheint, auch das psychische Wesen der Kranken beeinflusst. Allerdings sind die bisherigen Resultate nicht so gleichwerthig, wie wohl wünschenswerth, ausgefallen. Sind doch die in Bezug auf Pulsfrequenz und Auftreten der Anfälle nach Application des Atropins gemachten Beobachtungen einige Mal bei verschiedenen Kranken völlig einander widersprechend. Entgegen der von Einigen unmittelbar nach Atropineinnahme beobachteten Pulsverlangsamung ist nach der Injection von Atropin (0,001) bei mehreren unserer Kranken erst eine hochgradige Beschleunigung und erst später folgende Verlangsamung des Pulses aufgetreten, ohne dass irgend welche Vergiftungssymptome (nach *Nothnagel* soll bei eingetretener Vergiftung oft schon bei 0,001 zuweilen die Verlangsamung ausbleiben und sofort Beschleunigung eintreten) gerade bei solchen Kranken zu beobachten waren. Nur bei einer Kranken gelang es fast constant, den frequenten, gespannten, kurz, veränderten Puls unmittelbar nach der Injection als herabgesetzt, ruhig und gleichmässig zu zählen. Darin aber stimmen die Resultate überein, dass der vorher unruhige und eine ungleichmässige Beschaffenheit in der Spannung der Arterienwand verrathende Puls, wie dies schon *Voisin* sphygmographisch vor den Anfällen gefunden, nach der Atropininjection ruhiger und gleichmässiger wurde.

Die Pulsbeschaffenheit war denn auch zumeist der Anhaltspunkt, ob eine Injection gegeben werden sollte oder nicht. Meist, mit nur drei Ausnahmen, in denen bis zu 0,002 gestiegen wurde, ist 0,001 angewandt worden. Die Anfälle selbst

blieben nicht aus, aber oft waren sie schwächer als man nach der vorherigen Erregung der Kranken zu sehen erwartet hatte.

Die Kranken erholten sich rascher. Das Sensorium blieb bei mehreren freier als sonst nach den Anfällen. Besonders war die psychische Ruhe eine grössere; bei Einigen, welche sich nach ihren Anfällen stets durch grosse Erregung auszeichneten, war solche nicht oder in sehr geringem Grad, vielleicht in abweisenderem Wesen nur, zu bemerken. Dabei sind die Kranken während des Atropingebrauches nie unrein gewesen und haben sich in den interparoxysmellen Zwischenräumen vollständig wohl — wie einige selbst sagen „freier im Kopf“ — befunden.

Verschwiegen darf nicht werden, dass mehrmals kurz nach der Injection Anfälle auftraten. Sollen diese als ausgelöst durch den bei der Injection nothwendig eintretenden geringen peripheren Reiz angesehen werden? — Eher möchte ich glauben, dass die Injectionen zur richtigen Zeit, d. h. kurz vor diesem Anfall, ausgeführt worden sind und dass der drohende Anfall sich wirklich durch einen ungewöhnlichen Puls, wie er geschildert, dem Gefühle verrathen hat. Dabei kann ja noch immer zugegeben werden, dass die Injection des Atropins das auslösende Moment für die bereits an der Reizschwelle stehende augenblickliche Spannung im Nervensystem abgab. So viel ist gewiss, dass die Injectionen entweder gleich oder später den Puls und die Art der Anfälle beeinflusst haben.

Ein Kranker gab dies selbst an in Bezug auf das Verschwinden vorher unangenehm empfundener Sensationen. Seine Anfälle beginnen mit einer Aura. „Vom Magen aufsteigendes heisses Gefühl“, Brechreiz. Ander Mal spürt Pat. einen krampfhaften Zug und „Schmerz“ in den Haaren, Kältegefühl in den Extremitäten und allgemeines Unbehagen. Bei seinem Eintritt gab Pat. selbst an, dass die Anfälle unregelmässig aber stets zu mehreren hintereinander aufträten. Die Folge bestätigte das. Im Juli v. J. bekam Pat. eine ganze Reihe. Er war darauf benommen und hatte kein Bewusstsein von den Anfällen selbst. Im Aug., Sept., Oct. u. s. f. wiederholte sich derselbe Cyclus. Bromkalium ist ohne Erfolg geblieben. Die Benommenheit blieb, der Appetit war eher gestört. Vom Jan.

wurde Atropin injicirt und zwar stets nur dann, wenn der Puls die erwähnte unregelmässige Beschaffenheit zeigte, er war dann voll, weich und undulirend. Leider wurde die Zahl der Anfälle nicht vermindert. Im Gegentheil zeigen die Wintermonate eine grössere Anzahl als die Herbstmonate und gerade in jenen ist Atropin angewandt worden. Dagegen ist oft die Wahrnehmung gemacht worden, dass die Benommenheit, das schmerzliche Ziehen im Nacken und den Haaren, dass das Kältegefühl in den Extremitäten nach der Injection verschwanden und Wärmegefühl ebenso wie allgemeinem Wohlbehagen Platz machten. Der Anfall blieb dabei freilich nicht aus. Es schloss sich, wie zum Zeichen dass die Aura ächt sei, in den folgenden Tagen sogar eine Reihe von Anfällen an. Atropin hatte auf dieselben dann keinen Einfluss. Nur war selbst nach einer solchen Reihe von Anfällen das Sensorium freier und der Kranke nie besonders heftig erregt, während er früher benommen und oft sehr gereizt sich zeigte.

Den Puls betreffend wurde fast stets unmittelbar nach der Injection eine vermehrte Frequenz constatirt. Erst später nach 30 oder 120 Minuten (von 10 zu 10 Min. gezählt) trat eine Verlangsamung ein. Dann wurden auch die Schläge gleichmässiger und ruhiger, während die Welle vorher eher der durch sphygmographische Curven von *Echeverria* vor den Anfällen gewonnenen entsprach, der eine grössere Höhe derselben und dicroten beschleunigten Puls gefunden hat.

Die gleichen Verhältnisse waren bei einer Reihe von anderen Epileptikern zu beobachten. Bei einigen ist weder die Zahl noch die Stärke der Anfälle selbst beeinflusst worden. Nur scheinen auch bei ihnen die Anfälle zuweilen hinausgeschoben worden zu sein. Bei Anderen, die stets einen Cyclus schwerer und rasch auf einander folgender Anfälle zu erleiden hatten, wurden dieselben gleichmässiger auf sonst gleiche Zeiträume vertheilt und wich die Erregtheit, besonders bei einem Kranken einer im Ganzen grösseren psychischen Ruhe — nicht Benommenheit. Bei wenigen ist die Anzahl der Anfälle geringer geworden. Mit Sicherheit kann das nur bei einer Kranken behauptet werden.

Der Beginn ihrer Erkrankung kann nicht festgestellt wer-

den. Doch scheint sicher, dass schon vor den Wuthanfällen, welche Pat. 1869 nach Maréville brachten, die Anfälle meist um die Zeit der Menses aufgetreten sind. Bei ihrem Eintritt in unsere Anstalt, im September vorigen Jahres, sagte Pat. selbst, dass sie in einigen Tagen sehr aufgeregt werden würde. Die Anfälle traten dann auch Ende des Monats auf. Die Kranke wurde unruhig und erregt, kurz darauf Menses. — Ende November Menses, Anfang December die Anfälle u. s. f. Soweit die Beobachtung reicht, traten dieselben stets um die Zeit der Menses auf. Sie kündigten sie entweder an oder folgten ihnen. Erst seit einem regelmässigeren Atropingebrauch (die Injectionen wurden aber auch hier nur bei einem abnormen Puls gegeben) blieben grössere freie Zeiten zwischen ihnen und den Menses bestehen und ist die Anzahl verringert worden. Die Kranke zeigt wenigstens als Gesammtsumme der Anfälle eine niedrigere Zahl als in den Herbstmonaten. Zuweilen ist die Benommenheit nach den Anfällen wie früher gewesen. Entschieden aber ist die Erregung eine nicht mehr so hochgradige, mindestens kürzer dauernde, als früher nach den Anfällen gewesen. Die Kranke, welche früher bei denselben stets unrein war, ist ausserdem während der Atropininjection reinlich geblieben.

Nach Allem steht fest, dass das Atropin in der That die bei Epilept. auftretenden Erscheinungen beeinflusst hat und zwar ohne unangenehme Nebenerscheinungen Seitens des Verdauungssystems der Kranken hervorzurufen. Auch von der sonst bei Bromkaliumgebrauch so oft bemerkten Benommenheit der Kranken während der interparoxysmellen Zeiten ist nichts bemerkt worden. Im Gegentheil haben sich die Kranken, meist jahrelang leidende, alte Epileptiker psychisch freier und wohl gefühlt; ihr Appetit blieb ungeschmälert. Insbesondere scheinen die Anfälle schwächer gewesen und die psychische Erregung geringer geworden zu sein, ohne erweisliche Abnahme der Frequenz der Anfälle. Die oben erwähnte Kranke war die Einzige, bei der die Anzahl geringer wurde. Sie ist aber auch die, bei welcher stets und unmittelbar nach der Injection eine Pulsverlangsamung zu constatiren war. Möglich, dass diese Erscheinung bei Fortsetzung der Versuche an noch

anderen Kranken Anlass zu einer genügenderen Erklärung für die Atropinwirkung und die Indication derselben giebt. Zu bemerken ist, dass dieselbe Kranke allein mit Ausnahme eines männlichen Kranken mehr Atropin im Ganzen in der gleichen Zeit als andere bekommen hat.

Die Dosen der Injectionen können ja aber auch noch erhöht werden, nach *Nothnagel* bis zu 0,003, während *Fasalli* 0,002 nicht übersteigt. Sie haben, bei unsern Kranken wenigstens, wie erwähnt, durchaus keine üblen Nachwirkungen zur Aeusserung gebracht. Nur dreimal traten und zwar erst nach längerem und häufigerem Gebrauch, leichte und sehr rasch vorübergehende Vergiftungserscheinungen, Trockenheit im Hals, Schwindel; einmal Brechreiz auf. Einigemal wurde Hyperästhesie und zwar auf den Vorderarm beschränkt, an welchem die Injection gemacht worden war, bemerkt. Diese ist aber auch einmal bei einem Kranken unmittelbar nach einem Anfall beobachtet worden und braucht daher nicht als absolut abhängig von einer Atropininjection angesehen zu werden.

Im Allgemeinen ist der Einfluss des Atropins ein günstiger zu nennen. Von wesentlicher Bedeutung scheint bei seinem Gebrauch 1) der Vortheil zu sein, dass man dasselbe nicht immer zu geben braucht. In den interparoxysmellen Zeiten bedarf der Kranke keiner weiteren Eingriffe. Die Injection braucht nur bei Anwesenheit eines für den Kranken abnorm zu nennenden Pulses ausgeführt zu werden. 2) Das Atropin hat, bei vorsichtiger Anwendung, keinen ungünstigen Einfluss auf das Sensorium und den Appetit der Kranken, wie dies bei Bromkaliumgebrauch von *Voisin* u. A. bemerkt worden ist. Die Kranken bleiben länger verschont von der dem Bromkalium wohl nicht mit Unrecht z. Th. zugeschriebenen Verblödung. Sie haben mehr wirklich freie Zeiten und psychisches Wohlbehagen. Endlich sind sie reinlicher, wenigstens in unseren Fällen, bis jetzt geblieben.

Es verdient daher das Atropin den ihm schon angewiesenen Platz in der Therapie. Es steht besonders in seiner Anwendung bei unheilbaren Epileptikern dem Bromkalium nicht nach.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

40. ord. Versammlung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 15. März 1881.

Anwesend die Herren *Benno*-Carlsfeld, *Dörrenberg*-Schweizerhof, *Edel*-Charlottenburg, *Frölich*-Berlin, *Grunewald*-Potsdam, *Guttstadt*-Berlin, *Heimann*-Dalldorf, *Ideler*-Dalldorf, *Lähr*-Schweizerhof, *Mendel*-Berlin, *Rehm*-Blankenburg, *Reinhardt*-, *Richter*-, *Schröter*-Dalldorf, *Sponholz*-Charlottenburg, *Stenger*-Dalldorf.

Der Vorsitzende *Lähr* eröffnet die Sitzung mit geschäftlichen Mittheilungen.

An Stelle des durch Krankheit verhinderten *Schäfer* übernimmt *Dörrenberg* das Referat der Sitzung.

Schröter, *R.*, Die Beurlaubung geisteskranker Verbrecher aus der Irrenanstalt.

Die folgende Betrachtung hat speciell unsere Berliner Irrenanstalts-Verhältnisse zur Grundlage und bezieht sich sowohl auf verbrecherische Irre, die also im psychiatrischen Sinne nicht eigentlich als Verbrecher gelten können, weil sie das Verbrechen als offenbar Geisteskranke ausübten, als auch auf irre Verbrecher, die also im Laufe der Strafhaft geisteskrank wurden. Beide Classen (geisteskranke Verbrecher) sind in der Berliner Irrenanstalt zahlreich vertreten, gerade deshalb, weil dieselbe sehr vorwiegend den Pflegezwecken nutzbar ist, wodurch eine Ansammlung solcher Elemente nothwendigerweise entstehen muss, welcher eine mehr dem Heilzwecke dienende Anstalt sich gern entledigt; und das sind an erster Stelle die geisteskranken Verbrecher. Es kamen z. B. im Laufe des verflossenen Jahres auf den Männerpavillons der vorderen Abtheilung der Irrenanstalt zu Dalldorf, — bei einem Durchschnittsbestand von 250 Männern innerhalb derselben, — unter dem Zu- und Abgang allein 40 geisteskranke Männer vor, die mit dem Strafgesetz in Conflict gerathen waren. Davon hatten 31 ihr Verbrechen in Beziehung zur jetzigen Geisteskrankheit begangen. In 19 Fällen handelte es sich um schwere Verbrechen. Ausserdem wurden auch noch einzelne geisteskranke Verbrecher auf den Verdacht hin, ein Verbrechen ausgeübt zu haben, der Anstalt zugeführt.

Dadurch ergeben sich vielfache Beziehungen zwischen der Anstalt und der Criminalpolizei und recht viele Uebelstände, ganz besonders auch für das innere Leben in der Anstalt. Es liegt mir fern, den von berufeneren Federn geführten Streit über die Frage: wohin mit den geisteskranken Verbrechern? hier in aller Form auffrischen zu wollen. (Vgl. *Damerow*, *Snell*, *Gutsch*, *Roller*, *Baer*, *Wiedemeister* in Allg. Ztschr. f. Psychiatrie Bd. 19. 31. 32.) Ich will nur im Vorbeigehen erklären, dass ich mich für besondere Anstalten für geisteskranke Verbrecher, wie wir sie in England bereits haben (Dundrum und Broadmoor), nicht begeistern kann. Aber es drängt sich mir durch die tägliche Erfahrung die Nothwendigkeit immer mehr auf, dass endlich Etwas darin von den staatlichen Behörden geschehen muss und dass dieses doch wohl in der Einrichtung besonderer Abtheilungen für irre Verbrecher an den grossen Strafanstalten zu geschehen hätte. Vielleicht weist der Waldheimer Versuch auf die nothwendige Combination zu einer Irrenabtheilung für mehrere grosse Strafanstalten zusammen hin. An dieselbe würde sich eine Abtheilung für irre sieche Verbrecher, die Lazarethstation etc. zweckmässig anschliessen lassen. In wie weit gewisse Classen von verbrecherischen Irren, denen ich die gewöhnliche Irrenanstalt nicht unbedingt verschliessen würde, dort auch unterzubringen wären, würde die Erfahrung und ein Gesetz zu bestimmen haben.

Mit einem Worte will ich nur andeuten, dass die in ruhigem Fortschritt geschehene freiere Gestaltung und Organisation unserer neuen Irrenanstalten an sich und in ihrem ganzen Wesen, keine Aufbewahrungsorte und Versicherungsorte für Verbrecher, besonders nicht für gefährliche Verbrecher und Ausbrecher mehr sein können und wollen.

In dem Bestreben aber, dass für den geisteskranken Verbrecher möglichst rasch eine sachgemässe, irrenärztliche Behandlung herbeigeführt werde, sind wir wohl Alle einig. Dagegen scheint es mir jetzt an der Zeit zu sein, einen Meinungsaustausch zu veranlassen über eine uns sehr stark berührende Frage aus diesem Gebiete, nämlich über die Art und Weise der Beurlaubung geisteskranker Verbrecher aus der Irrenanstalt, welchen ich an der Hand unserer Dalldorfer Verhältnisse hierdurch einzuleiten beabsichtige.

Die Frage lässt sich hauptsächlich von zwei Gesichtspunkten aus betrachten, ich meine vom humanen und vom strafrechtlichen. Vielleicht könnte man auch noch den national-ökonomischen heranziehen, wenn man berechnen will, dass der Kranke in der Anstalt jährlich mehrere hundert Mark kostet, während er ausserhalb der Anstalt befindlich, mindestens ebenso viel verdienen würde, dass demnach um diese Doppelsumme schon im Einzelfall das Nationalvermögen bereichert würde.

Beurlaubungen von Irren überhaupt wurden von Seiten der Direction der Berliner Irrenanstalt von jeher in der humansten Weise gewährt, mit und ohne Abholung durch die Angehörigen, jenachdem es, nach ärztlichem Ermessen, der einzelne Fall zu erfordern schien. Das geschah und

geschieht noch heute sowohl auf Stunden, und besonders zur Pflege der familiaren Beziehungen nach der Stadt hin, als auch auf mehrere Tage hintereinander und länger, ganz besonders dann, wenn der Pat. soweit gebessert ist, dass er sich draussen eine Stellung schaffen, oder auch erst draussen auf Probe wieder etwas arbeiten soll, sei es in neuen, sei es in altgewohnten Verhältnissen, um womöglich bald nachher definitiv und vor äusserer Noth gesicherter, wieder in's arbeitsvolle Leben eintreten zu können.

Letzteres ist immer der Hauptgrund für längere Beurlaubung Geisteskranker aus der Anstalt gewesen, — und um solche handelt es sich jetzt gerade für uns, — und ich kann dabei versichern, dass diese Einrichtung sich bisher als segenbringend bewährt hat. Bei Beurlaubungen von Geisteskranken, welche Verbrechen begingen, haben uns im Wesentlichen dieselben Gesichtspunkte geleitet, da für uns das Wohl unseres Kranken an erster Stelle Berücksichtigung verdient, an zweiter, darum aber durchaus nicht als gering anzuschlagender, haben wir dabei mit seiner Eigenschaft als Verbrecher und mit der zuständigen Behörde zu rechnen.

Die Berechtigung zu längerer Beurlaubung von geisteskranken Verbrechern im Allgemeinen glaube ich auf § 23 des Strf.-Ges.-B. unbedingt begründen zu können. Dieser Paragraph spricht nämlich aus, dass die zu einer längeren Zuchthaus- oder Gefängnissstrafe Verurtheilten, wenn sie drei Viertheile, mindestens aber ein Jahr der ihnen auferlegten Strafe verbüsst, sich auch während dieser Zeit gut geführt haben, mit ihrer Zustimmung vorläufig entlassen werden können. Die vorläufige Entlassung kann aber bei schlechter Führung des Entlassenen zu jeder Zeit widerrufen werden. In besonderer Verordnung vom Nov. 1871 und 27. Jan. 1872 werden die Strafanstalts-Directoren zu sorgfältiger Sichtung angehalten, bei Ausschliessung aller rückfälligen Strafgefangenen [1]).

Als Beweggründe zur vorläufigen Entlassung werden hauptsächlich angegeben, dass der Betreffende Gelegenheit zum ehrlichen Erwerbe finden solle und dass dadurch die Gefahr der Rückfälligkeit vermindert werde.

Auch für uns treten im Bezug auf Beurlaubung geisteskranker Verbrecher, die unter gewissen, später zu besprechenden besonderen Bedingungen gewährt werden sollen, hauptsächlich nur jene beiden Gesichtspunkte hervor. Eine längere Beurlaubung von Irren überhaupt wird von uns an erster Stelle zu dem Zwecke gewährt, um Gelegenheit für das betreffende Individuum zu geben, sein Brod sich draussen wieder zu verdienen. Für den geisteskranken Verbrecher können wir keine andere Meinung

[1]) Hier ist § 493 der neuen D. Strf.-Process-Ordnung anzuziehen, welcher sich dahin ausspricht, dass die in der Irrenanstalt zugebrachte Zeit, an der Strafzeit anzurechnen ist, wenn der irre Verbrecher aus der Strafanstalt direct dahin versetzt wurde.



darüber haben. Jener andere Punkt der Verhütung der Rückfälligkeit hat aber insonderheit für unsere geisteskranken Verbrecher eine doppelte Beziehung. Denn es kommt zu der Sorge, die Rückfälligkeit in's Verbrechen zu hindern, jene andere, die Rückfälligkeit in die Krankheit zu verhüten; — und handle es sich oft auch nur um eine Verhütung des Eintritts schwererer Krankheitserscheinungen! — Man muss es nur mitfühlen können, welchen Eindruck es auf die Kranken macht, wenn sie da, wo sie sich zu einer vertrauensvollen Bitte um Genehmigung eines Urlaubs, durch ein lange Zeit bewährtes gutes Verhalten berechtigt hielten, immer wieder die Bitterkeit einer abschlägigen Antwort erfahren müssen! Und in den Fällen, wo geisteskranke Verbrecher, nach Erzielung einer wesentlichen Besserung ihres Leidens und bei lange Zeit fort gezeigter guter moralischer Haltung, aus äusseren Gründen einen Urlaub nicht zu erwirken vermochten, unter Bedingungen, wo sonst jeder andere Irre ihn bekommen kann, da wird ihr von den Mitkranken für ganz berechtigt angesehenes Verlangen, auch auf deren Verhalten in der Anstalt nicht eben günstig einwirken.

Die Gewichtigkeit solcher Betrachtungen wird noch erhöht, wenn wir auf die familiare Seite der Bedeutung von Beurlaubungen moralisch gehobener geisteskranker Verbrecher mit einem Worte nur hindeuten. Gerade in der Grossstadt sind die Kinder der Verbrecher leicht der Verwahrlosung preisgegeben und deren Mütter nicht minder, wenn der Familienvater ihnen dauernd entzogen bleibt. Und im Bezug auf die Mutter der Familie steht es kaum anders. Diese wichtige Rücksicht bedrängt uns nicht selten, und jeder Einzelfall ist von diesem Gesichtspunkte aus schon ein werthvoller Factor, mit welchem wir rechnen müssen.

Den Organen der Staatsgewalt steht es also gesetzlich zu, Verbrecher aus den Zuchthäusern vorläufig zu entlassen, wenn dieselben sich während einer mindestens schon ein Jahr andauernden Strafhaft gut geführt haben, damit sie für das volle bürgerliche Leben wiedergewonnen und vor Rückfälligkeit bewahrt werden können; — und bei vielen von unsern geisteskranken Verbrechern in der Irrenanstalt, welche doch durch eine Art von Familienleben darin unzweifelhaft viel günstiger für die Rückkehr in die Aussenwelt vorbereitet werden, sollten wir den ernst zu nehmenden Vorsätzen, sich brav zu halten und eine rechtschaffene Thätigkeit draussen wieder zu entwickeln, zumal in den Fällen, wo sich eine günstige Gelegenheit zu ehrlichem Erwerb bietet, sollten wir immer mit abweisendem Misstrauen begegnen, wo es sich doch nur erst um eine Beurlaubung handelt, die er ganz in unserer Nähe und gewissermaassen und unter unsern Augen hinbringt! Vorausgesetzt nämlich, dass das psychische Leiden derartig gebessert und die moralische Kraft so weit gehoben, dass wir entschieden günstigen Bedingungen für ein ferneres braves und verständiges Leben uns gegenüber sehen.

Wir dürfen doch niemals vergessen, dass heute ganz andere Anschauungen

als dem Zeitgeiste entsprechend gelten, sowohl dem Verbrecher, als ganz besonders auch dem Irren gegenüber, als etwa so und so viel Decennien früher; welche ferne Vergangenheit aber der Laie in der Regel noch im Auge hat, wenn von Irren-Angelegenheiten gesprochen wird. Die Fürsorge für die Zuchthäusler steht im Begriff, der unserigen für die Irren erheblich vorauszueilen, wenn wir nicht auch unser ernstestes Bestreben für sie einsetzen! Ausserdem decken sich doch in dem einen Ziele wenigstens Strafanstalt und Irrenanstalt, dass sie den Verbrecher und den Irren, durch eine aus bestimmten Gründen nothwendige Freiheitsentziehung von gewisser Dauer, wieder fähig machen wollen, ihren Lebensunterhalt im bürgerlichen Leben auf redlichem Wege wieder zu erwerben.

Es wurde bereits oben darauf hingedeutet, dass wir für die Zulässigkeit einer Beurlaubung geisteskranker Verbrecher gewisse individuelle Bedingungen für erforderlich hielten. Ich glaube dass folgende vier Gesichtspunkte für die verschiedenen Fälle mehr oder minder Berücksichtigung verdienen:

1) die moralische Seite des Verbrechers,
2) die Art seines Verbrechens,
3) die Form seiner Geistesstörung und
4) der Grad der wieder erlangten geistigen Besonnenheit.

Die moralischen Eigenschaften des fraglichen Individuums müssen an erster Stelle während einer längern Anstaltsbeobachtung als solche erprobt sein, die keine Ausstellung dagegen für den Zweck des Urlaubs aufkommen lassen. Bestimmte Züge aus der vita ante acta können unser Urtheil dabei sehr wesentlich sichern. Im Allgemeinen werden unsere Kranken in Bezug auf diesen Punkt bessere Annahmen voraus zu machen gestatten, als die Zuchthäusler.

Treten dagegen moralische Defecte besonderer Art, die gewissermaassen angeboren und habituell für das betreffende Individuum geworden sind (moral insanity), bei Ausübung des Verbrechens hervor, wogegen die Anstaltsbehandlung keine Ausheilung herbeizuführen vermochte, so werden wir uns für eine längere Beurlaubung kaum jemals entscheiden können. — Z. B. Fall Martha Frank, moral insanity, epileptische Basis, Kindesraub als impulsive Handlung. Dabei gewisser Grad von Schwachsinn.

Auch die Art des Verbrechens bietet öfters einen nicht unwichtigen Anhaltspunkt für Zulässigkeit einer Beurlaubung. Verbrechen gegen das Eigenthum Anderer z. B., wenn ein solches aus Noth um's tägliche Brot und in Geistesstörung ausgeübt wurde, ebenso wie vereinzelter Diebstahl einfacherer Art, der als krankhaft notorischer Akt eines Irren vorkam, Thätlichkeiten gewöhnlicher Art, wie sie etwa bei psychisch erregten Personen ohne Weiteres vorzukommen pflegen, werden uns keine Hindernisse für eine wohlwollende Beurtheilung bieten, wenn uns überhaupt der Zeitpunkt einer Beurlaubung gekommen zu sein scheint. Schwieriger werden wir uns zeigen, wenn es sich um Schwindler, Betrüger, Meineidige u. s. w. handelt. Die

Neigung zu derartigen verbrecherischen Handlungen, die nur zu leicht in dem psychischen Naturell des Geisteskranken inhärent bleiben, ruht nur in der Anstalt, zum Theil auch nur wo die Gelegenheit zur Ausübung fehlt, um bei freierer Aussenbewegung wieder hervorzutreten. Bei Mordthaten würden wir ohnedies das Rechtsbewusstsein unserer Mitbürger schwer schädigen, wenn wir daran dächten, solche Individuen rasch in Urlaub zu versetzen. Handelt es sich ja dabei meistentheils um hallucinatorische Vorgänge solcher Art, die selbst im günstigen Falle nur langsam zu weichen pflegen. Ich erinnere nur an den hier befindlichen Weinküfer Heyse, der seinem Schlafgenossen, der arm wie er war, mit Ueberlegung den Hals durchschnitt, dann der Polizei sich stellte und angab, dass er Befehl dazu gehabt habe (Gehörshallucination) und ein Opfer dadurch gebracht wähnte.

Die Form der Geistesstörung, mit besonderer Berücksichtigung der Initial- und Verlaufs-Momente, giebt aber einen Hauptfactor für unsere Beurtheilung ab. Handelt es sich um eine einfache Geistesstörung mit bekannter Anamnese und gut ausgeprägten, durchsichtigen Krankheitserscheinungen und normalem Ablauf derselben, so sehe ich nicht ein, weshalb wir zur gekommenen Zeit einen Urlaub einem solchen geisteskranken Verbrecher abschlagen sollten. Ernster anzusehen sind dagegen periodische Formen, ungleich remittirende und in grossen Abständen intermittirende psychische Krankheitszustände, ganz besonders solche, die nach Analogie der epileptischen Anfälle, mit Bewusstseinsverlust und gefährlichem Thatendrang eintreten und die hallucinatorischen Psychosen. Ganz besonders dann, wenn die Intelligenz noch gut erhalten und die Willenskraft sich soweit gestärkt hat, dass gewisse Wahnvorstellungen, die auf Hallucinationen beruhen und noch nicht vollständig beherrscht und abgelegt sind, doch, wenn auch vielleicht mühsam, zurückgedrängt werden können. Das gilt noch ganz besonders auch für die Geistesstörung auf alkoholischer Basis, welche durch die Anstaltsdisciplin gewissermaassen eingedämmt, sich dort unendlich viel harmloser zu stellen pflegt, als ausserhalb derselben, wodurch die dargebotene günstige Gelegenheit zum Genuss, jederzeit gleichfalls grässliche Gewaltthaten losbrechen können.

Dass die Geisteskrankheit endlich in das Stadium eingetreten sein muss, dass der Zustand der wieder gewonnenen geistigen Beruhigung und Besonnenheit bis zu einer gewissen Höhe geführt ist, versteht sich eigentlich von selbst, ist aber entgegen dem Drängen des geisteskranken Verbrechers selbst oder seiner Freunde und Verwandten, besonders hervorzuheben. Der Kranke muss die gehörige Einsicht in die zurückgewichene Krankheit und ganz besonders auch in sein verbrecherisches Handeln als solches erlangt haben, sonst erscheint er für die Beurlaubung ungeeignet.

Wie steht es aber mit der Beurlaubung geisteskranker Verbrecher, die im Wiederholungsfalle Verbrechen begingen? Ich bemerke gleich im Voraus, dass bei genauer Individualisirung solcher Fälle, Manchem der Weg zur Freiheit, also auch zur Beurlaubung nicht absolut versperrt werden

kann. Besitzt doch nicht einmal die richterliche Behörde ein Rechtsmittel, durch das sie einen für geistig gesund geltenden Verbrecher, der immer wieder aus der Strafanstalt entlassen, neue Verbrechen verübte, dauernd der Freiheit zu berauben und die geängstigten Mitbürger sicher zu stellen. Sie schliesst ihn aber von den Begünstigungen jenes § 23, von der frühzeitigen Entlassung aus der Strafanstalt aus. Für unsere geisteskranken Verbrecher müssen aber bei Erörterung dieser Frage noch andere Gesichtspunkte zur Geltung kommen.

Beim verbrecherischen Irren, welcher der Irrenanstalt nach Verübung eines Verbrechens, das er im Wiederholungsfalle beging, und zwar diesmal nachweisbar in Folge von vorhandener Geistesstörung, kann es sich zunächst wirklich um eine Verbrechernatur handeln, die sich mit Geistesstörung paarte. Verbrechen derselben oder verschiedener Categorie, wurden immer aus denselben abnormen inneren Bedingungen heraus ausgeführt, und stehen allerdings dann auch für die Zukunft bevor. Oder der Gewohnheits-Verbrecher verfiel erst um die Zeit des zuletzt ausgeführten Verbrechens in Geistesstörung, mit den Consequenzen, welche § 51 des D. Strf.-Ges.-B. zieht. Oder Verbrechen im Anfalle von Geistesstörung, die hier und da recidivirte, mischten sich mit solchen die bei entschieden freier Willensbestimmung des betreffenden Individuums vollführt wurden. Oder endlich die Verbrechen wurden jedesmal, bei einem sonst moralisch intacten Menschen, nur unter dem Zwange der Geistesstörung ausgeführt; handele es sich dabei um Steigerung oder Symptom einer chronischen Geistesstörung, oder etwa um einen neuen Anfall einer periodischen Krankheitsform, bald mit bald ohne von Sachverständigen geführten Nachweis der bestehenden Geistesstörung, aber doch für uns nachträglich als eine Kette von unzweifelhaft psychopathischen Vorgängen sich darstellend. Mögen das nun immer gleichartige Verbrechen gewesen sein, wie gewöhnlich, oder auch verschiedenartige.

Wir werden nicht umhin können, bei der Erwägung, ob die Beurlaubung eines solchen verbrecherischen Irren, im Allgemeinen mit Ausschluss der Gewohnheitsverbrecher, zuzulassen sei? streng zu individualisiren und uns womöglich auch mit der Art des Verbrechens, mit der Art und Weise der Ausführung desselben und ganz besonders mit ihrer psychologischen Begründung befassen müssen.

Ist z. B. unser Pat. ein Hallucinant, zumal wenn sich auf die Hallucinationen Verfolgungsideen begründeten und diese gerade die Motive zu verbrecherischen Handlungen abgaben, so dürfen wir nicht vergessen, dass der Hallucinant bei scheinbar äusserer Ruhe, sehr geschickt dissimuliren kann und dass ein solcher Zustand eine der wichtigsten Contraindicationen gegen eine Beurlaubung abzugeben pflegt. Desgleichen werden wir dann, wenn der verbrecherische Irre durch sein Verbrechen das Wohl der menschlichen Gesellschaft ernstlich gefährdete, obgleich er jetzt beruhigt ist, an-

scheinend verständig redet und handelt, aber in Beziehung auf sein Verbrechen keine volle Einsicht erlangt hat, die Beurlaubung einem noch als gemeingefährlich anzusehenden Menschen verweigern u. dergl.

Durchaus nicht so ängstlich würde ich mich aber etwa da äussern, wo wir uns kleinen Verbrechen bei gewissen Irren gegenüber befänden, welch letztere in Bezug auf die Frage, ob vielleicht doch noch Hallucinationen vorhanden, trotz eines äusserlich recht besonnenen Verhaltens, nicht ganz sicher erscheinen. Kommen nämlich solche Irre, die durch einen längeren Aufenthalt in der Anstalt sich sehr wesentlich gebessert haben, aber vielleicht nun stehen geblieben sind; die den Werth eines regelmässigen und thätigen Lebens in derselben wohlthätig erkannten, und in der Regel draussen dann auch so fortsetzen; kommen solche unter die richtige Leistung — und das ist die nothwendige Bedingung dabei — so können sie recht brave Arbeiter abgeben und werden auch von den Laien, bei ihrem stillen fleissigen Verhalten, unbedingt für völlig genesen angesehen, während der Intelligenzzustand meist schwächer geworden ist und sie harmlos und unschädlich bleiben.

Verbrecherische Irre dagegen, die wiederholt Verbrechen plötzlich und auf geringfügigen Anlass hin, oder selbst ohne solchen, wie im epileptischen Insult ausübten, stets mit nachfolgender rascher Beruhigung und Wiederkehr der geistigen Besonnenheit, würden wir nur ausnahmsweise zu einer Beurlaubung zulassen, nämlich dann, wenn eine ausreichend lange Beobachtungszeit uns versichert hat, dass jetzt wirklich genügendes geistiges oder moralisches Gegengewicht vom Pat. gegen die verbrecherische Neigung aufgewendet werden kann. Dasselbe gilt von anderen periodischen Angst- und Aufregungszuständen, mit Neigung zu rascher Ausübung von schwerer Gewaltthat. Dasselbe auch ganz besonders gegenüber periodischen psychischen Aufregungszuständen durch habituellen Alkoholgenuss.

Aehnliches Verhalten werden wir bei dem Wunsche nach einer Beurlaubung für den irren Verbrecher walten lassen, nur immer mit der gleichzeitigen Erwägung, dass seiner noch die Fortsetzung der durch die Geistesstörung unterbrochenen Strafe harret.

Ein wiederholt in Geistesstörung ausgeübtes Verbrechen kann somit den geisteskranken Verbrecher von einer Beurlaubung nicht für jeden Fall ausschliessen, wenn er nur unsere Bedingungen für die Zulässigkeit zu erfüllen vermag und ganz besonders, wenn er moralisch so weit gehoben und psychisch so weit gefördert ist, dass wir den Weg der Beurlaubung hauptsächlich aus dem Grunde für angezeigt halten, dass er eine gerade ihm dargebotene günstige Gelegenheit benutzte, sich draussen ein ordentliches Arbeitsfeld zu schaffen, welches ihn wieder als vollgültigen Arbeiter und redlichen Menschen zu leben gestattet und vor Rückfällen sichert. Und die Motive zu jenen § 23 des D. Strf.-Ges.-B. unterstützen uns ganz entschieden in dieser humanen Auslegung, zumal wenn wir dabei nochmals darauf hinweisen, dass es sich nicht einmal um eine frühzeitige Entlassung, sondern

nur um eine Beurlaubung handelt, dass der Irre dann doch noch gewissermaassen in unserer Hand bleibt und nicht in die Ferne entrückt wird.

Von welchem Zeitpunkt der Irrenanstalts-Behandlung ab sind nun Beurlaubungen geisteskranker Verbrecher statthaft? Ich stehe nicht an bei verbrecherischen Irren darin im Allgemeinen keine Beschränkung zu machen. Denn nach § 51 des D. Strf.-Ges.-B. ist hier eine strafbare Handlung nicht vorhanden, weil der Thäter zur Zeit der Begehung der Handlung sich im Zustande von krankhafter Störung der Geistesthätigkeit befand etc. Er ist also ein Irrer, der, nach wieder erlangter geistiger Gesundheit, oder doch wenigstens nach so wesentlicher Besserung, dass er nach unseren soeben besprochenen Principien, die für Beurlaubung der Mitkranken aus der Anstalt maassgebend sind, und bei sonst günstiger Aussengelegenheit, Ansprüche auf eine solche hat, wie jeder andere Mitkranke behandelt werden muss.

Indessen werden wir z. B. da, wo die Genesung oder die wesentliche Besserung rasch sich einleitete, lieber den Termin hinausschieben, zumal in Fällen, wo abgesehen von der moralischen Qualität des verbrecherischen Irren u. s. w., ein schweres Verbrechen vorlag. Bei mehr sich gleichbleibenden Formen dagegen werden wir abzuwarten haben, bis für längere Zeit eine Beruhigung und ein besonnenes Verhalten eingekehrt war. Leute wie Theodor Schulz, der im Raptus melancholicus zwei seiner Kinder abkehlte und die beiden anderen dabei tödtlich verwundete, alsbald auf längeren Urlaub zu setzen, werden wir immer Anstand nehmen, aber ihn nach Jahren jetzt, wo er ein ruhiger, etwas schwachsinniger Arbeiter geworden, mit seinen Mitkranken ab und zu auf einige Stunden zu seinen Angehörigen Urlaub zu geben, dazu werden wir ohne Weiteres berechtigt sein.

Bei den irren Verbrechern würde die Zeit, wenn eine Beurlaubung zulässig, doch wohl nach Analogie jenes § 23 des D. Strf.-Ges.-B. für frühzeitige Entlassungen von Verbrechern, zu bemessen sein. Ich setze hier voraus, dass unsere vorher besprochenen Bedingungen für Zulässigkeit einer Beurlaubung auch sonst bei dem fraglichen Individuum zutreffen. Es würde also da, wo es sich um eine längere Gefängniss- oder Zuchthausstrafe handelte, drei Viertel, mindestens aber ein Jahr der Strafe der Zeit nach zurückgelegt sein müssen. Irre Verbrecher mit geringer abgewogenen Strafen würden hauptsächlich nach den vorher besprochenen Bedingungen ohne Weiteres von Seiten der Anstaltsleitung für den Zeitpunkt einer Beurlaubung zu bestimmen sein.

Ein von Neuem verlängerter oder wiederholt gewährter Urlaub für denselben Pat. könnte für uns in praktischer Beziehung und in keinem Falle anderen Bedingungen unterworfen werden, als ein einmaliger.

Weiter hätte ich in Kürze darüber zu sprechen, was zu thun sei, wenn die geisteskranken Verbrecher vom Urlaub nicht zurückkehrten? Es könnte uns dabei freilich der Verdacht aufsteigen, dass der betreffende vielleicht doch wieder auf schlechte Wege gerathen sei. Meistentheils sind aber



andere Gründe dafür maassgebend. Der geisteskranke Verbrecher hat z. B. bereits eine Stellung angetreten und kann nicht sofort zu einer Wiedervorstellung in der Anstalt kommen und verschiebt das von einem Tag zum andern. Oder er fürchtet dieselbe zu verlieren, wenn er sie nur einen halben Tag verlässt, um die von der Anstalt geforderte Vorstellung daselbst auszuführen. Oder er fürchtet, vielleicht sogar grundlos, dass ihm der Urlaub nicht weiter gestattet wird, und begiebt sich in eine abwartende Stellung u. dergl. Aber selbst wenn Einer oder der Andere wieder auf Abwege gerathen sein sollte, so liegen darin doch nur die Consequenzen, welche § 23 des D. Strf.-Ges.-B. auch für die vorläufige Entlassung von Strafgefangenen offen lässt, gegen welche die Wiedereinberufung des Betreffenden vorbehalten ist.

Wir hatten uns vorgenommen, Beurlaubungen von irren Verbrechern nur unter Verantwortlichkeit zuverlässiger Verwandter oder Arbeitsgeber und nach Ausstellung eines Verpflichtungsscheines in's Werk zu setzen. Wir würden uns deshalb sofort an diese wenden, wenn der Urlauber zur rechten Zeit nicht zurückkehrte, um zu erfahren, ob der Fragliche sich draussen gut geführt und brav gearbeitet hat? Nach Erhebung aller dazu nöthigen näheren Umstände würden wir entscheiden, ob ohne Weiteres der Urlaub zu verlängern, oder ob nicht eine sofortige Zurückberufung des geisteskranken Verbrechers zur Anstalt, event. mittelst Requisition durch die Polizeiorgane, erforderlich und eine fernerhin nothwendige Zurückbehaltung des Betreffenden geboten ist? Es bleibt aber ein Drittes dabei noch übrig, nämlich die Frage, ob der Fall nicht so günstig liegt, dass gemäss der befriedigenden Umstände, die über den Beurlaubten einliefen, eine definitive Entlassung aus der Anstalt einzuleiten sei? Dass dabei und wie die strafrechtliche Behörde (Polizei-Präsidium, Staats-Anwaltschaft) ganz besonders zu berücksichtigen ist, wollen wir sogleich im Zusammenhang mit den Formalien, welche wir der Behörde gegenüber bei Beurlaubung geisteskranker Verbrecher zu erfüllen haben, besprechen.

Handelt es sich um Beurlaubung verbrecherischer Irren, die unseren darüber aufgestellten Bedingungen entsprechen, vielleicht auch nur geringfügige Verbrechen begingen und die endlich nicht Gewohnheitsverbrecher sind, zumal da wo nur ein Ausgang unter Verantwortlichkeit zuverlässiger Begleiter gemacht werden soll, so halte ich keine Anzeige an die Behörde für nothwendig.

Handelt es sich um Beurlaubung eines Solchen für längere Zeit, so würde ich einen Legitimationsschein von der Anstalts-Direction, mit der Anweisung der Selbstanmeldung bei der Polizei im späteren Wohnbesitze, in gewöhnlichen Fällen für ausreichend halten. Dagegen hätte in irgendwie zweifelhaften Fällen eine gleichzeitige Anzeige an die zuständige Behörde uns sicher zu stellen. Steht aber eine vorzunehmende Entlassung in Frage, so muss jene davon immer benachrichtigt werden.

Bei irren Verbrechern würden wir eine Beurlaubung als Aus-

gang, unter den nöthigen Cautelen und mit Legitimationsschein, in gewöhnlichen Fällen und bei sonstigem Erfülltsein unserer Bedingungen, stattfinden lassen können. — Aber häufiger stellt die Behörde schon bei Uebergabe des irren Verbrechers an die Irrenanstalt die Forderung sie zu benachrichtigen, wenn der Irre aus der Anstalt entlassen werden sollte. Jedenfalls befreien wir uns von allen unliebsamen Consequenzen, die daraus gezogen werden können, wenn wir bei jeder Art von Beurlaubung eines Solchen die erforderliche Anzeige machen. — Ganz ebenso würde zu verfahren sein bei verbrecherischen Irren mit schweren Verbrechen und bei rückfälligen Verbrechern überhaupt.

Bei Beurlaubung auf längere Zeit, zwecks Vorbereitung zur Rückkehr in's bürgerliche Leben, wäre in jedem Falle eine Anzeige an die Behörde nöthig. In den besonderen Fällen aber, wo diese sich einen Vorbehalt machte, muss demgemäss eine vorherige Anfrage vorausgehen.

Handelt es sich endlich hier um die Frage nach Entlassung, die ich hier gleich noch anschliessen möchte, so kann eine solche nur nach vorheriger Anfrage geschehen in den Fällen, wo von der Behörde ein Vorbehalt gemacht würde. Für die anderen Fälle dürfte es wohl genügend sein jener die Anzeige zu erstatten, dass der etc. an einem bestimmten Tage aus der Anstalt entlassen werden würde, wenn kein Einspruch von ihr erfolge und ihr event. alle weiteren Maassnahmen damit zu überlassen.

Nun kommen uns aber Fälle vor, die nicht mehr Gegenstand der Anstaltsbehandlung, aber auch nicht genesen sind, Individuen die voraussichtlich geistig nicht weiter in der Anstalt gefördert werden können, die vollständig befähigt erscheinen, sich ihr Brot ausserhalb der Anstalt ehrlich zu verdienen, aber bei welchen wir in Begründung auf gewisse psychische und somatische Erscheinungen des betreffenden Individuums in gesünderen Tagen, auf gewisse Entstehungsursachen der Psychose und gewisse charakteristische Erscheinungen in der Verlaufsweise derselben hin, befürchten müssen, dass die durch Eintritt der Geisteskrankheit unterbrochene und nach Entlassung aus der Irrenanstalt weiter auszuhaltende Gefängnissstrafe, einen Rückfall in die Geisteskrankheit verursachen würde. In solchen Fällen sind wir verpflichtet uns gegen die Strafantretungsfähigkeit auszusprechen. Oder wir müssen überhaupt in den besonderen und dafür geeigneten Fällen, die, wenn auch geheilt, uns durch Antritt einer Gefängnissstrafe für ihr geistiges Leben besonders gefährdet erscheinen, den Erlass der Strafe auf dem Gnadenwege nachsuchen, da sonst nach Entlassung aus der Anstalt unbedingt die festgesetzte Strafe weiter abgebüsst werden muss.

Ich muss nun wohl auf die Gründe der Abneigung gegen die Beurlaubung geisteskranker Verbrecher noch etwas eingehen. Jener vielbesprochene § 23 des D. Strf.-Ges.-B. sprach also aus, dass frühzeitige Entlassungen zulässig seien, wenn der Verbrecher Dreiviertel, mindestens aber ein Jahr seiner Strafe abgebüsst und sich dabei gut betragen

habe. Wir Irrenärzte gehen aber zunächst nur auf eine Beurlaubung der geisteskranken Verbrecher aus der Anstalt aus, damit wir uns in der Methode der Behandlung dieser Art von Kranken — so lange unsere Anstalten noch diese Last zu tragen haben — wenigstens an die bei den anderen Irren geübte annähern, weil wir unserem inneren Berufe nach immer die hülfreiche Hand des Irrenarztes zuerst darreichen zu müssen glauben, während die rauhere Hand des Zuchthausverwalters nicht heraus will. Ausserdem haben wir es in der Hand, die Beurlaubung nach unserem Ermessen so einzurichten, dass der Betreffende in kurzen Zeiträumen sich uns immer wieder vorstellen muss.

Zudem hat unser jetziges sehr humanes Strafverfahren mehr als je den Satz in den Vordergrund gestellt, dass der Verbrecher nur eine zeitliche Freiheitsentziehung zum Zwecke seiner Besserung erhalten soll, gewissermaassen nur eine Vorbereitungskur für ein ehrliches Leben nach Entlassung aus der Anstalt. Selbst bei wiederholten Rückfällen in's Verbrechen ist der Regel nach eine dauernde Freiheitsentziehung ausgeschlossen, — und da fordert man von uns Irrenärzten, dass wir geisteskranke Verbrecher, ohne Ausnahme, auch solche die von uns nicht mehr als Objecte einer Irrenhausbehandlung angesehen werden können, wenn sie vielmehr wieder brauchbare Glieder der menschlichen Gesellschaft zu werden, uns begründete Hoffnung gewähren, dass die womöglich zeitlebens in der Anstalt eingeschlossen bleiben! Man stellt ebenso unbillige Anforderungen an die Irrenanstalten, als die Strafanstalten und Zuchthäuser je zu erfüllen vermochten, und die dem einsichtsvollen Vorgehen der Staatsanwaltschaft durchaus entgegenlaufen.

Die Abneigung schiebe ich also zum grossen Theil mit darauf, dass die Einsicht in das Wesen der Geisteskrankheiten eine vieler Orten zu mangelhafte, vielmehr eine geradezu mysteriöse ist. Der Laie beliebt sich unter einem geisteskranken Verbrecher vielfach einen schweren Verbrecher mit einem höchst gefährlichen Irren combinirt, demnach als etwas Ungeheuerliches vorzustellen. Nach dieser Seite hin sind wir verpflichtet gegen die unverständige Furcht anzukämpfen und zeitgemässe, freiere Anschauungen auf diesem Gebiete zu fördern, damit eine innere Harmonie zwischen der richtigen Einsicht bei den Mitbürgern und der freieren Aussenform, in welcher unsere Anstalt sich jetzt zeigt, hergestellt werde.

Von anderer Seite glaubt man dennoch bei den mit aller Vorsicht zur Beurlaubung vorgeschlagenen geisteskranken Verbrechern die Gemeingefährlichkeit hervorheben zu müssen, welche der als geisteskrank gravirte Verbrecher niemals verlieren soll. Wir sprachen es aber oben mit besonderem Nachdruck aus, dass der derzeitige Zustand der geistigen Verfassung und der moralische Standpunkt nothwendigerweise so geartet sein müssen, um ärztlicherseits einen geisteskranken Verbrecher als geeignet für eine Beurlaubung erklären zu können. Ist das nicht der Fall, so haben wir eine Haupt-Contraindication gegen eine solche vor uns.

Dahinein reiht sich auch der Einwand, dass ein geisteskranker Ver-

brecher Urlaub nur in der Absicht begehren könnte, um ausserhalb der Anstalt Verbrechen zu verüben und als einmal unzurechnungsfähiger Mensch, unbestraft zu bleiben. Dagegen sollte doch wohl eine mindestens mehrmonatliche Beobachtungszeit in der Anstalt sicher stellen können! Dazu kommt, dass es selbst für solchen Einzelfall nicht bedingungslos ausgemacht ist, dass ein bisher als geisteskrank angesehener und seiner Zeit einer Irrenanstalt zugewiesener Verbrecher, später nach Begehung eines neuen Verbrechens ausserhalb der Anstalt, so ohne Weiteres als unzurechnungsfähig angesehen werden muss. Vielleicht war er in der Anstalt nicht einmal entmündigt, worauf der Staatsanwalt jetzt häufiger verzichtet. Ausserdem kann die Aussicht auf einen, nach der Zurückberufung dann in sicherer Aussicht stehenden, zweifelhaft langen Aufenthalt in einer Irrenanstalt, doch auch nicht gerade so bestechend wirken!

Bleibt somit der Grad der Geistesstörung bei einem geisteskranken Verbrecher in dem Punkte, welcher seine Gemeingefährlichkeit bedingt, im Wesentlichen unverändert, während sonst sehr wesentliche Krankheitserscheinungen gewichen sind, da ist natürlicherweise eine Beurlaubung zu verweigern.

Ich behaupte nun noch, dass diejenigen von den irren Verbrechern, welche ich in Ansehung ihrer geistigen und ganz besonders auch ihrer moralischen Qualität — die durch eine Art von Familienleben in der Anstalt eine ungemein gute Förderung erhielt — und auch sonst nach strenger, individueller Auswahl, zur Beurlaubung für geeignet halte, dass die im Punkte der Gemeingefährlichkeit sich der menschlichen Gesellschaft viel günstiger gegenüber stellen, als zahlreiche Verbrecher, die nach Abbüssung einer langen Haft wieder aus den Strafanstalten und Zuchthäusern entlassen werden müssen, ganz einfach aus dem Grunde, weil ihre Strafzeit abgelaufen ist, ohne dass sie dadurch aber wirklich moralisch gebessert worden, da sie auch dann beim Fehlen von gesetzlichen Bestimmungen dafür, nicht zurückbehalten werden dürfen. Unsere Kranken dagegen werden nur nach Auswahl auf eine gewisse Zeit beurlaubt und in der Regel unter der Verpflichtung der zuverlässig erscheinenden Person, welche jene zu sich nimmt, uns sofort Nachricht zukommen zu lassen, wenn der Beurlaubte den gehegten Erwartungen nicht entspricht, oder besser ihn der Anstalt wieder zuführen zu lassen. Dass ein einzelner Fall uns einmal täuschen und dadurch Unannehmlichkeiten bereiten kann, darf uns bei der grossen Wohlthat, welche wir durch die Beurlaubung so Vielen erweisen, nicht abschrecken, immer wieder für einen verständigen und zeitgemässen Fortschritt auf diesem Gebiete und mit voller Kraft und Ueberzeugung einzutreten!

Ich muss bei dieser Gelegenheit hinweisen auf den grossen Segen, welchen die Arbeit und besonders die Aussenarbeit, den Irren und den Verbrechern gebracht hat. Wenn hier und da noch ernste Bedenken gegen die Beschäftigung von geisteskranken Irren mit Feldarbeit laut

werden, so müssen wir als Irrenärzte nachdrücklich auf die grossen Veränderungen im Gefängnisswesen hinweisen, wo jetzt zufolge gesetzlicher Bestimmung die Strafgefangenen zur Feldarbeit verwendet werden und eine gelegentliche Entweichung dabei, wie ich aus dem Munde eines Ober-Staatsanwaltes weiss, als das geringere Uebel angesehen wird, gegenüber der grossen Wohlthat, welche diese Maassregel als gute Vorbereitung für die Rückkehr des Sträflings in die bürgerliche Gesellschaft in sich birgt. Und von der Forderung, die Strafgefangnen und sogar die Zuchthäusler zur Arbeit ausserhalb der Mauern zu benutzen, bis zu der einer frühzeitigen Entlassung von Strafgefangenen, war doch ein gewaltiger Schritt zu thun, der seiner Zeit als eine herrliche Errungenschaft gepriesen wurde.

Es kommt uns ausserdem mit zu Hülfe, dass von mancher achtbaren Seite der Gebrauch, den die Behörden von jener frühzeitigen Entlassung nach § 13 des D. Strf.-Ges.-B. machen, als ein zur Zeit noch zu geringer angesehen wird und dass man auf eine viel grössere Ausdehnung hoffen zu dürfen sich für berechtigt hält (Voss. Ztg. 1881 No. 5 berichtet von Preussen im Jahre 1878 von 1014 vorläufigen Entlassungen bei 20—22000 Gefangenen), und wir Irrenärzte sollten bei denjenigen von unsern geisteskranken Verbrechern, die alle innern Bedingungen erfüllen, welche jenes Gesetz für eine frühzeitige Entlassung aus der Strafanstalt voraussetzt, nicht wenigstens für eine Beurlaubung jener Individuen unsere ganze Kraft einsetzen! [1])

Wenige kurze Beispiele aus dem verflossenen Jahre über die freie Auffassung, welche die Behörden unsern geisteskranken Verbrechern gegenüber zur Geltung bringen, möchte ich zur Illustrirung mehrerer Punkte der vorliegenden Frage noch beibringen:

A. Stein, geb. 8. Mai 1831, war wegen Betrugs zu $2^1/_2$ Jahr Gefängniss verurtheilt und hatte davon $^3/_4$ Jahre in Danzig, $^3/_4$ Jahre in der Hausvoigtei abgemacht, als er wegen anscheinend epileptischer Krämpfe nach der Charité verlegt wurde. Hier wies man eine Geistesstörung, mit vorwiegenden Verfolgungsideen, auf schwachsinniger Basis nach. Am 23. August 1867 kam er als unheilbar nach der städt. Pflegeanstalt am Alexanderplatz. Am 31. März 1868 kehrte er von einem ihm zur Stadt gewährten Ausgang nicht zurück, sondern eilte nach Hamburg. Dort fiel er wieder wegen Entführung der Polizei in die Hände, die ihn schliesslich der dortigen Irrenanstalt zuwies, von wo er am 10. Juni 1868 wieder nach der Berliner Anstalt zurückgebracht wurde. Am 25. Febr. 1869 musste er dennoch vorläufig entlassen werden, da er im Termin gerichtlich als unschädlich und nicht gemeingefährlich erklärt worden war. Nun begab sich St. für Jahre nach England und soll dort als Geburtshelfer thätig gewesen sein. Er versuchte es eben als ursprünglicher Thierarzneischüler, von glatten

[1]) Vergleiche besonders auch die Petition der Rheinisch-Westphälischen Gefängniss-Gesellschaft an den Reichstag, vom 5. April 1881 und die Anlage dazu.

Aussenformen, mit allerhand Berufsstellungen. Zu uns kommt er wieder von Wriezen aus, am 28. Mai 1878, in die Anstalt, nachdem ihm wegen einer neuen Entführung eines minderjährigen Mädchens eine Freiheitsstrafe von einem Jahre zudictirt war. Er wird als unheilbar geisteskrank und gemeingefährlich bezeichnet. Von hier wird er dem Landarmenverband der Kurmark zugewiesen und am 11. Juni 1880 dem Landarmenhaus zu Wittstock (Station für Blödsinnige) zugesandt. Aber bereits nach einigen Wochen stellt sich unser Stein, als wirklich von dort entlassen, in höflicher Form und als Cavalier hier wieder vor, bevor er die grosse Welt wieder mit seinen Talenten heimsucht.

Frau Imm, geb. d. 18. Juni 1841, wurde am 11. März 1874 der städt. Irrenanstalt zugeführt, nachdem sie im Gefängniss Aeusserung von Verfolgungswahn auf hallucinatorischer Basis verrathen hatte. Später wurden auch epileptoide Zustände bei ihr nachgewiesen. Nachdem sich die Krankheitserscheinungen immer mehr ermässigt hatten, wurde sie am 10. Oct. 1874 auf Ersuchen ihrem Manne übergeben, nach einer vorherigen Anzeige an's Gericht vom 8. Sept., dass sie noch für geistig unfrei anzusehen sei. Nachdem die Frau Imm später mehrfach Gefängnissstrafen abgemacht hatte, bot sie endlich im Gefängniss wieder die früher stark hervortretenden Erscheinungen ihrer Geistesstörung dar. Am 23. Jan. 1880 wurde sie deshalb der Irrenanstalt wieder zugeführt. Hier erfolgte eine sehr erhebliche Besserung ihres Geisteszustandes, so dass man an ihre Entlassung denken musste. Am 4. Nov. war auf Referat von dort an die Staatsanwaltschaft berichtet, dass die etc. Imm frei von Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen sei, besonnen spreche und handle, dass freilich ein gewisser Grad von geistiger Schwäche zurückgeblieben sei, der ihr aber nicht hindern werde, ihren Lebensunterhalt in ehrlicher Weise sich wieder zu verschaffen, zumal da ihr gerade eine gute Brotstelle dargeboten sei. Am 24. Oct. 1880 wird Pat., da kein Einspruch erfolgte, aus der Anstalt entlassen. Auf spätere Anfrage von Seiten der Saatsanwaltschaft, ob sie strafantretungsfähig sei? (sie sollte von früherher noch drei Jahre Zuchthausstrafe abbüssen), wird der geistige Befund beim Uebergange wiederholt und darauf hingewiesen, dass derselbe nicht derartig sei, dass sie eine lange Zuchthausstrafe vertragen könne, dass vielmehr anzunehmen sei, dass sie dadurch wieder die geistige Haltung verlieren und dem Siechthum verfallen werde. Die Behörde trat unseren Anschauungen bei und die Frau wird es uns hoffentlich durch ihr Verhalten lohnen, wenn nicht etwa der unheilvolle Einfluss ihres Mannes und äussere Noth sie nach der schlechten Seite hinziehen.

Johl, G., geb. 30. März 1856. War mehrere Jahre hinter einander wegen wiederholter Verbrechen gegen das Eigenthum gefänglich bestraft, als während seiner Internirung in Lichtenberg eine Geistesstörung bei ihm wahrgenommen wurde, wegen welcher er am 8. Sept. 1878 der städt. Irrenanstalt am Alexanderplatz zugeführt wurde. Dort wurde er als chron. Verrückter behandelt, der sich ungerecht, bei Voreingenommensein der

Richter verurtheilt wähnte, indem er allerhand Gesetzesparagraphen falsch citirte, auch von den Aufsehern verhöhnt, durch nächtliche Geräusche gequält sich wähnte u. s. w. und in seinem Wesen brüsk und auffahrend, auch gewaltthätig gegen seine Mitkranken sich verhielt. Von einem ihm dort am 20. Febr. 1879 gestatteten Ausgang nicht zurückkehrend, wurde er derselben Anstalt erst am 18. Mai 1879 wieder zugeführt. Er blieb nun andauernd in der Anstalt und war nach Eröffnung der Dalldorfer Anstalt in derselben bis zum 14. Nov. 1880. Er hatte sich hier, besonders durch fleissige Feldarbeit (gegen die für ihn sogar anfangs von mancher Seite Bedenken geltend gemacht wurden), in seinem ganzen Verhalten gebessert, so dass endlich seinem wiederholten Bitten, seine alte Mutter einmal auf ein paar Stunden zu besuchen, willfahrt wurde. Er blieb aber vom Ausgange aus. Polizeilich requirirt, kam er am 6. Jan. 1881 durch die Charité als unheilbar geisteskrank zurück. Inzwischen war aber das Erkenntniss des Kgl. Landgerichts über ihn (vom 22. Nov. 1880) eingegangen, welches sich dahin ausspricht, dass bei dem I. ein gewisser Grad von Schwachsinn angenommen werden könnte, dass sein Gemüthszustand aber immerhin so klar sei, um ihn zu befähigen, die Folgen seiner Handlungen zu überlegen. Dadurch war er der Anstaltspflege nicht mehr zugehörig. Auf die demgemäss erstattete Anfrage beim Pol.-Präs. über seine Entlassung, erfolgt von dort an die Direction die Anweisung, ihn mittelst Reiseroute in die Stadt hinein zu schicken und gleichzeitig anzuweisen, sich sofort bei der Ankunft bei dem Vorstand desjenigen Reviers persönlich zu melden, in welchem er seinen Wohnsitz nehmen wolle.

Zum Schlusse muss ich noch eines Punktes Erwähnung thun, der uns hier angeht. Als eine der Hauptbedingungen für die Fortdauer der Genesung oder Besserung für entlassene Irre muss das Fernbleiben von aufregenden Momenten angesehen werden. Nun müssen wir aber leider öfters davon hören, dass unseren beurlaubten oder entlassenen geisteskranken Verbrechern gegenüber von den unteren Polizeiorganen ein Auftreten beobachtet wird, das zu allem anderen, nur nicht zu Beruhigungsmitteln zu rechnen ist.

Ferner bemerke ich noch, dass die Stellung des Berliner Publikums zu unseren beurlaubten oder entlassenen geisteskranken Verbrechern als eine wohlwollende und hilfreich entgegenkommende bezeichnet werden kann. Endlich glaube ich, dass betreffs der ganzen hier berührten Angelegenheit, und namentlich der Frage über Beurlaubung geisteskranker Verbrecher aus der Irrenanstalt für die Fälle, wo eine ganz wesentliche Umstimmung der moralischen und geistigen Verfassung erzielt wurde, ohne dass eine volle Heilung der Geistesstörung erfolgte, sowie betreffs der Abbüssung einer Strafe, nachdem in der Irrenanstalt Heilung eingetreten war, mit Bezug auf die Zeitdauer des Strafmaasses und des Irrenanstaltsaufenthaltes, ferner für die Fälle, wo die irren Verbrecher aus der Anstalt zu entlassen sind, weil sie nicht mehr Gegenstand der Anstaltsbehandlung, aber auch nicht

strafantretungsfähig sind, sowie betreffs des Controlverfahrens über beurlaubte und entlassene geisteskranke Verbrecher und ähnlicher Fragen, eine Commission zu berufen sei, die aus darin erfahrenen Juristen und praktischen Irrenärzten bestehend, unseren humanen Anschauungen dabei Geltung verschaffe, ohne die Sicherheit unserer Mitbürger zu beeinträchtigen. Zur praktischen Förderung unseres Verlangens nach Beurlaubungen geisteskranker Verbrecher aus der Irrenanstalt, dürfte auch eine weitere Ausbildung und Vereinbarung zwischen den Vereinen für entlassene Irre und dem zur Besserung entlassener Strafgefangener erfolgreich mitwirken, um unseren unglücklichen Mitmenschen, besonders im Anfange draussen, die Last der leiblichen Sorgen erleichtern zu helfen.

Ob es heute schon zu einer vollen Klärung der Ansichten und zu einem bestimmten Beschlusse kommen werde, darüber wird uns die Discussion über die ganze angeregte Frage belehren, in welche ich nunmehr einzutreten bitte.

Discussion:

Ideler spricht sich von vornherein für die Anschauungen des Vortragenden aus. Das Thema habe besonders jetzt nahe gelegen, wo im vergangenen Winter zwei Fälle (Ehrenbaum und Strauss) in den Zeitungen viel besprochen worden seien. Zugleich möchte er die Frage anregen, wohin mit den geisteskranken Verbrechern? Diese bilden einen Nothstand für die neuen Anstalten, deren freiere Einrichtungen nachtheilige Einwirkungen auf die Mitkranken, sowie ev. Entweichen erleichtern.

Lähr empfiehlt, sich zunächst auf die Discussion der vorliegenden Frage zu beschränken.

Jastrowitz ist im Princip mit den Ausführungen des Vortragenden einverstanden, will aber die versuchsweisen Beurlaubungen nur sparsam angewendet wissen, vielleicht sei das eigentliche Motiv oft die Entlastung der Anstalt. Auszuschliessen seien jedenfalls die epileptoiden Formen. Im übrigen will er sie nicht allein von der Art des Verbrechens abhängig machen. So könne jemand, der im Rapt. mel. schwere Verbrechen begangen, unter Umständen eher urlaubsfähig sein, als andere, die wie Stein die Freiheit jedesmal zu raffinirten Betrügereien etc. missbrauchen. Die aufregenden Momente nach der Entlassung liegen weniger in der Polizeiüberwachung — als in dem Kampfe um's Dasein, dem solche Personen meist ausgesetzt seien. In jedem Falle können die Entlassungen nur im Einvernehmen mit den Behörden geschehen.

Schröter möchte Personen, wie den Schulz, der im Rapt. mel. 2 Kinder abkehlte, nach eingetretener Beruhigung nicht ohne weiteres entlassen.

Ideler erwähnt Fälle von Einbrechern, die sich jetzt nach Ablauf der Psychose ehrlich ernähren.

Edel theilt einen Fall eines Pat. aus seiner Anstalt mit, bei dem die Gewährung eines sonntäglichen Urlaubes bei gutem Betragen ein wesent-
hungsmittel sei, bei dem er aber nicht sicher sei, dass derselbe

nicht in Gedankenlosigkeit sich gelegentlich kleine Diebstähle etc. zu Schulden kommen lasse. In einem ihm bekannten Falle sei der betr. Anstaltsdirector zu 15 M. verurtheilt.

Reinhardt unterscheidet zwischen Fällen, wo das Verbrechen in einem acuten Anfalle von Geistesstörung geschehen ist und bei denen die Aussenwelt oft einen heilsamen Einfluss ausübt, und zwischen den rückfälligen verbrecherischen Irren. Diese eignen sich nicht für die Entlassung. Um so mehr Vorsicht ist bei ihnen geboten, da gerade bei Steigerungen der Psychose das Verlangen nach Freiheit hervortritt. Zu beachten ist auch der ungünstige Eindruck einer voreiligen Entlassung auf das Publikum.

Schröter will diese einzelnen Fälle in besondere Abtheilungen an grossen Strafanstalten verweisen.

Jastrowitz verweist auf sein früher gegebenes Resumé über die vorliegende Frage, das noch im wesentlichen zutreffend sei.

Der Vorsitzende macht den Vorschlag, bei der Wichtigkeit des Themas, bei der Neuheit desselben für eine Discussion und bei den im Schoosse der Versammlung diesmal entgegengesetzten Anschauungen eine Commission zu erwählen, welche für die nächste Sitzung bestimmt formulirte Thesen zu weiterer Discussion vorbereiten möge.

Die Versammlung stimmt dem Vorschlage bei.

Gewählt werden die Herren *Jastrowitz*, *Ideler*, *Mendel*, *Schröter*, *Zinn*.

Dr. *Richter*, Zur Casuistik der Gehirnrinden-Verletzungen.

Sie gestatten mir, dass ich Ihre Aufmerksamkeit einige Zeit für einen Fall von Hirnrindenverletzung in Anspruch nehme, welcher bei dem erhöhten Interesse, das man jetzt auf Affectionen dieses Organes richtet und bei dem Wechsel der Erscheinungen, welcher bei Affectionen dieses Organes immer noch zur Geltung zu kommen scheint, vielleicht besprechenswerth ist, um so mehr, als ich in der Lage bin, Ihnen das verletzte Organ vorlegen zu können. Erlauben Sie mir, dass ich Ihnen die Krankengeschichte des Mannes, um den es sich handelt, in Kürze referire.

N. N. ist 1827 geboren, war gut veranlagt, in seiner Familie sind keine Geisteskrankheiten vorgekommen. Er erlernte das Buchbinderhandwerk, blieb unverheirathet, läugnet nicht, getrunken zu haben, hätte sich jedoch nie zum Vieh gemacht. Im Juli 1879 kam er in die Irren-Abtheilung der Charité. Es schmeckte ihm damals das Essen nicht, er litt an Kopfschmerzen und war verstört. Von der Charité kam er im Sept. desselben Jahres nach der städtischen Irren-Anstalt auf dem Alexanderplatz, mit deren Patienten er im Februar 1880 nach Dalldorf übersiedelte. Hier war er immer ruhig, höflich, doch willenlos, reservirt und unthätig; geistig schwach. Nur ungern gab man ihm Ausgang nach der Stadt zu seinen Verwandten, weil er sich auf demselben zu betrinken pflegte. — Am 16. Januar d. J. geschah es wieder einmal nach langer Zeit. Er besuchte seine Angehörigen

und verabschiedete sich von denselben Nachmittags zwischen 2 und 3 Uhr, angeblich ganz nüchtern. Bald darauf jedoch wurde er auf der letzten Treppenstufe besinnungslos liegend, vorgefunden. Eine Frau und ein Bursche schleppten den schweren Mann die Treppe hinauf zurück in die Wohnung seiner Verwandten. Im Zimmer konnte er bald sprechen, doch nur verworren. Die Arme konnte er gebrauchen, zu gehen vermochte er nicht. Er klagte über Durst, Schmerzen im Kopf und in der rechten Seite. Die Nacht fieberte und delirirte er. Krämpfe irgend welcher Art wurden nicht bemerkt. Er ass Nichts. Ein Arzt wurde nicht consultirt. Den nächsten Nachmittag wurde er von der Anstalt mit dem Wagen geholt. Bei der Abholung meinte seine Umgebung, er würde die Treppe nicht hinabgehen können, er war es jedoch im Stande, taumelte allerdings und wurde deshalb geführt. — In Dalldorf angekommen, stieg er allein aus dem Wagen und blieb ausser Bett unter den Mitkranken. Er articulirte die einzelnen Worte ganz flott, doch fehlte ihnen der Zusammenhang. Bei an ihn gerichteten Fragen nahm er auf dieselben nur insofern Bezug, als er sich vielleicht in seiner verwirrten Antwort eines Wortes bediente, welches die vorher an ihn gerichtete Frage enthielt. In seinen Antworten verwechselte er wohl auch Worte entgegengesetzten Sinnes miteinander, z. B. rechts statt links. Er hatte so gut wie gar keinen Appetit, musste an den Tisch geführt und zum Essen angehalten werden; das Aus- und Ankleiden begann er, wurde jedoch allein kaum fertig. Wenn er sich erhob, so taumelte er, dann und wann schnupfte er, wie dies seine Gewohnheit war; das Rauchen hatte er gelassen. Zeitweise hatte er, so lange er noch ausser Bett war, mit dem Kopfe gezuckt, leider konnte nicht constatirt werden, nach welcher Seite. Sonst wurden an ihm während des ganzen Verlaufes der Krankheit bis zum Tode keine Spasmen bemerkt; die Gesichtsmuskulatur war symmetrisch innervirt, die Zunge liess bei der Unruhe, mit welcher sie vorgestreckt wurde, keine Deviation erkennen. Die Pupillen waren weit, die linke etwas weiter als die rechte. Da er fieberte, kam er in's Bett. Die Temperatur stieg und war nach dem 22. Januar nur einmal 0,2° C. unter 40,0° C., sonst immer über 40,0; zwei Tage vor seinem Tode war sie Abends einmal 41,7. Der Puls war ihr entsprechend frequent, nie aussetzend, blos kurz vor dem Tode. — Die Diagnose wurde bei Abwesenheit sonstiger Organerkrankungen auf eine schwere cerebrale Affection (höchst wahrscheinlich nach Sturz) gestellt. Da Patient taumelte, sonst aber keine Lähmungserscheinungen darbot, so dachten wir an eine Blutung nach Art der Hämatome Paralytischer vergesellschaftet mit meningitischen Erscheinungen. Dennoch wurde Pat. antiphlogistisch behandelt.

Vom 22./23. Januar ab, also 5—6 Tage nach dem Unfalle, war Pat. an allen Gliedern und am Rumpfe sehr empfindlich, doch bewegte er dieselben vollkommen. Das Zucken des Kopfes fiel, nachdem er im Bette lag, weg; hier tastete er sich zeitweise an denselben; stöhnte wohl auch. Die Pupillen blieben weit, die Gesichtshälften ungelähmt. Die Sprache blieb

hastig, die einzelnen Silben und Worte entwickelte Pat. schnell; er wurde jedoch immer verwirrter und vom 24. an somnolent, so dass die Untersuchungen der letzten Tage resultatlos blieben. Während der letzten Tage lag er beständig auf der rechten Seite, unter Tracheal-Rasseln starb er am 26. Mittags, gerade 10 Tage nach dem Unfalle.

Die Section ergab ein Eingerissensein der Dura mater rechts vorn an drei Stellen; zumeist war nur ihr äusseres Blatt gesprengt, an einzelnen Stellen jedoch war sie vollständig eingerissen. Sodann wurden drei Schädelfracturen constatirt. Eine lief von der Spitze des Hinterhauptbeines bis zur Höhe des linken Schläfenbeines; eine von der Mitte des Hinterhauptbeines bis zum Foram. jugul. dextrum; eine betraf die vordere Fläche des rechten Felsenbeines in ihrem äusseren Drittheil. Sodann zeigte sich links ein Bluterguss über, in und unter den weichen Hirnhäuten, entsprechend namentlich der Fossa Sylvii. Nach Wegnahme der Pia zeigte sich links F_3, da wo sie den aufsteigenden Schenkel der Fossa Sylvii umgreift, zertrümmert, nur die äussere Wand der Windung, die eigentliche Begrenzungswand des aufsteigenden Schenkels der Fossa Sylvii, war erhalten. F_2 war in ihrer Spitze zertrümmert; von F_1 der Gyrus rectus mit dem Nerv. olfactorius. Sodann befanden sich zwei kleine Blutergüsse am unteren Ende der Fossa centralis, da wo die prae- und post-centralis in einander übergehen; der vordere von ihnen war 3, der hintere 4 Mm. breit. Ferner war links der Fuss von F_2 oberflächlich lädirt. Weiter war links die Oberfläche von T_1 zerstört; T_2 war durchweg zertrümmert, T_3 an ihrem oberen Rande. Von der rechten Hemisphäre war nur der Gyrus rectus innen und unten lädirt. Schliesslich sass ein kleiner Bluterguss zwischen 2. und 3. Drittheil des Corpus callosum, tief unten, wo es dem Fornix aufliegt. Kleinhirn- und Rückenmark waren wohl erhalten. Blut lag links in allen drei Schädelgruben. Der übrige Sectionsbefund ergab ausser einer hypostatischen Pneumonie des linken unteren Lungenlappens Nichts, was mit Bezug auf das uns hier Interessirende nennenswerth wäre.

Was die physikalischen Momente anbelangt, welche bei der Enstehung der Blutung zur Geltung kamen, so zeigte eine blutige Suffusion der hinteren Schädelschwarte namentlich links, dass Pat. auf den linken Hinterkopf gestürzt war. Da die Schädelknochen relativ dünn waren, so konnten die drei Fracturen leicht zu Stande kommen. Es musste nun bei dem Aufschlagen des linken Hinterhauptes die Schädelkapsel für einen Augenblick ihre Form so verändern, dass die ihr anliegende Dura einreissen konnte; das Gehirn drängte nach rechts vorn und die Car. int. sin. resp. die Art. foss. Sylvii sin. zerrte mit allen ihren Verzweigungen an den Windungen, in welche sie tritt, so dass eine mehr oder weniger beträchtliche momentane Zertrümmerung derselben zu Stande kam. Durch dieselbe Zerrung erklärt sich auch die Blutung im Gyrus rectus dexter und dem Corp. callos. Eine Zerreissung der Arteria fossae Sylvii hatte nicht stattgefunden; sie würde eine stärkere Blutung und bedeutendere Zerstörung, aber nur an einer

Stelle im Gefolge gehabt haben, jedoch nicht so dissociirte, ihren sämmtlichen Verästelungen entsprechende Läsionen.

Wir fragen nun, lassen sich Krankheitssymptome, welche Pat. nach dem Unfalle darbot, mit dem Sectionsbefunde an der Hand der bis jetzt auf diesem Gebiete gemachten Erfahrungen in Uebereinstimmung bringen resp. wie weit kann die Diagnose bei derartigen Fällen kommen. Die Zerstörung von F_3 links pflegt motorische Aphasie zu bewirken; unser Pat. jedoch sprach ganz flott. Wir müssen also laut der jetzigen Erfahrungen annehmen, dass die äussere stehen gebliebene Wand von F_3, die eigentliche Begrenzungswand des aufsteigenden Schenkels der Fossa Sylvii, für die Articulation der Sprache genügt hat. Die Diagnose vermochte hier schlechterdings Nichts. — Die Zerstörung der linken Temporalwindungen pflegt, wie *Wernicke* hervorgehoben hat, sensorische Aphasie zu bewirken; diese bestand in der That, denn der grösste Theil der zum Verstehen des Gesagten erforderlichen Klangbilder war dem Pat. abhanden gekommen und es existirte nur noch zeitweise ein minimales Verständniss des zum Pat. Gesagten; es hätte demnach die Diagnose zum mindesten auf sensorische Paraphasie resp. eine Verletzung der linken Schläfenwindungen gestellt werden können; dass dies jedoch nicht geschah, ist bei der Aehnlichkeit, welche eine sensorische Paraphasie und eine allgemeine Verwirrtheit mit einander haben müssen, sehr verzeihlich. — Die Zerstörung von F_1 und F_2 erzeugt Schädigungen der Intelligenz; sie würden sich, wäre Pat. am Leben geblieben und hätte ein Nachlass des ganzen Processes eine dies bezügliche Untersuchung gestattet, event. herausgestellt haben.

Kleine Läsionen des Corpus callosum waren bis jetzt der Diagnose wohl noch unzugänglich. — Die Verletzung der Centralwindungen am unteren Ende des Sulcus Rolandi pflegt erfahrungsgemäss Lähmungen des Nerv. facialis und hypoglossus zu bewirken. In diesem Falle jedoch war etwas in die Augen Springendes derart nicht zu constatiren. Wir müssen uns also damit bescheiden, die Läsionen dieses Falles als ungenügend zu erklären, derartige Lähmungen zu effectuiren. Das Aussehen dieser lädirten Stellen glich jeden Falls vollkommen allen übrigen Läsionen des Hirnes, so dass man nicht gut annehmen kann, sie wären erst in den letzten Tagen des Lebens des Pat. entstanden, als er bereits einer genaueren Untersuchung unzugänglich war. — Das Taumeln des Pat. wurde durch den erhöhten Druck in der Schädelkapsel hervorgerufen. — Die allgemeine Schmerzhaftigkeit der letzten Tage mochte allgemeiner Ausdruck des schweren Zustandes sein, in dem sich Pat. befand. — Das Kopfzucken, d. h. Reiz eines Recurrens war, wie die Untersuchungen von *Roller* zeigen (dieses Bl. 37. Bd. 5. H. der centrale Verlauf des N. acc. W.), sehr wohl durch den encephalen Process bedingt. Wäre dieses Zucken als constant nach links stattfindend beobachtet worden, so hätte man bei dem, wenn auch unbedeutendem Grössersein der linken Pupille immerhin den Process namentlich auf die linke Hirnhälfte verlegen können. Das beständige Liegen des

Pat. auf der rechten Seite während der letzten Zeit seiner Krankheit konnte ich nicht erklären.

Discussion.

Jastrowitz wünscht Auskunft darüber, ob Worttaubheit vorhanden gewesen; da alle die Temporalwindungen mehr oder weniger afficirt seien, müssten Störungen in der Klangaufnahme aufgetreten sein.

Richter: Pat. habe auf Anreden nicht zu antworten vermocht und nur sehr geringen Appell gezeigt.

Jastrowitz: Aus den angeführten Symptomen gehe nicht deutlich hervor, ob die Aphasie ataktischer oder sensorieller Art gewesen sei.

Schröter hebt hervor, dass die Erscheinungen sich im Verlaufe des Processes verändert haben und dass die anfänglich noch theilweise vorhanden gewesene Perceptionsfähigkeit späterhin abgenommen habe.

Richter: Im wesentlichen sei sensorische Aphasie vorhanden gewesen, allerdings auch keine complete, da in einzelnen, wenn auch seltenen Fällen auf Anreden noch etwas Reaction eingetreten sei.

Jastrowitz: Auffallend sei, dass nach den ausgedehnten Zerstörungen keine ausgeprägteren Erscheinungen aufgetreten seien, allerdings können innerhalb der Extravasate functionsfähige Elemente erhalten geblieben sein.

Reinhardt stimmt der vom Vortragenden gegebenen Erklärung des Zustandekommens der Verletzung bei, vermuthet aber, da die Hirnarterien atheromatös entartet gewesen, dass dem ersten Bluterguss Nachschübe gefolgt und darum die Beziehungen des Befundes zu den Symptomen unsicher seien.

Jastrowitz glaubt, dass man bei der Veränderlichkeit und Unsicherheit der Symptome keine sicheren Schlussfolgerungen aus dem Befunde ziehen könne.

Richter hält für wahrscheinlich, dass nur ein Bluterguss, bei der Läsion, erfolgt und die Veränderung der Symptome auf Rechnung des zunehmenden Fiebers zu setzen seien.

Lähr fragt, ob bei der Section differente Färbungen als Zeichen verschiedener Ergüsse sichtbar gewesen seien.

Richter: Die Farbe sei im allgemeinen homogen gewesen, nur in der Umgebung der A. foss. Sylvii habe beginnende Eiterung und Verfärbung bestanden.

Dr. *Richter*, Periencephalitis purulenta nach septischer Infection.

Gestatten Sie mir, dass ich zum zweiten meiner Themata übergehe: Ueber operative Eingriffe an Paralytischen.

N. N., Arbeiter, 1843 geboren, ist krank seit Sept. 1880. Er leidet an Dementia paralytica. Ernährung mässig. Er ist blödsinnig und wimmert den ganzen Tag umher zu Folge zweier fungiöser Gelenksentzündungen

zwischen den äusseren und mittleren Phalangen des rechten Daumens und der linken kleinen Zehe. Da wir hofften, Pat. würde nach Entfernung der afficirten Gelenke und Beseitigung des Schmerzes mehr Ruhe gewinnen und wir so Vortheil für ihn und uns erwarteten, so exarticulirten wir ihm am 12. Februar d. J. beide Phalangen und resecirten die daranstossenden Köpfchen der mittleren Phalangen. Die Operation geschah unter den Cautelen der Antisepsis. Während Pat. vor der Operation fieberlos war, hatte er bereits am Abend der Operation 40,0° C., den nächsten Abend 41,4° C., den dritten Abend 41,0° C., den vierten Abend 43,1° C. An diesem Abend starb er. Die Autopsie ergab eine Leptomeningitis purulenta, welche von den Spitzen der Stirnwindungen medial bis zum Präcentrallappen, lateral bis zu den Postcentralfurchen und basal bis ungefähr zum hinteren Ende der Temporalwindungen reichte. Die Cerebralflüssigkeit sah gelb und trübe aus. Im übrigen Körper war nirgends ein Eiterherd zu finden.

Zwei Fragen sind es, die hier aufgeworfen werden können. 1. Hängt die Entstehung dieser Pyämie mit dem Umstande zusammen, dass der Mann Paralytiker war und 2. Wie kam es, dass diese Pyämie sich gerade im Hirn localisirte. Ad 1 müssen wir allerdings zugeben, dass ein Paralytischer in Folge des in ihm wohnenden schweren Leidens einer Wunde gewiss weniger Heilungstendenz entgegenbringen wird, als ein Gesunder; doch die Pyämie ist ein specifischer event. durch ein Contagium vivum hervorgerufener Process, der mit der Paralyse nicht das mindeste gemein hat und die Paralyse des Mannes hätte nur in so fern die Entstehung der Pyämie begünstigen können, als sie die Wundheilung verzögerte und so die Gefahr der Infection auf eine längere Zeit ausdehnte. Der Mann wurde also von aussen her inficirt. Ad 2 müssen wir sagen, dass im Hirn des Mannes bereits eine chronische Entzündung, die Periencephalitis, stattfand und dass diese als locus minoris resistentiae von der Wunde aus einen specifisch perniciösen Charakter erhielt. — Dass jedoch der entzündliche Vorgang im Hirn der Paralytischen nicht unbedingt durch eitrige Infection verschlimmert werden muss, beweisen 2 Fälle, welche lange an septischen Wunden lagen, bei welchen jedenfalls Resorptionen stattgefunden hatten, denn sie fieberten zeitweise sehr, deren Vorgang im Hirn sich jedoch nicht nur nicht verschlimmerte sondern sogar besserte, denn die Pat. kamen in Remission. Der eine, ein Lehrer, 1846 geboren, war krank seit Juli 1879. Im Juli 1880 hatte er durch einen Schlag an den Oberschenkel eine Hautwunde erhalten, zwischen dessen 2. und 3. unterem Drittheil an seiner inneren Seite; die Wunde wurde septisch, Pat. hatte 40,2° C. Nachdem am 20. Juli 1880 durch Erweiterung der Wunde für den Abfluss des Secrets gesorgt war, sank die Temperatur zur Norm. Sie stieg jedoch wieder, da sich eine Fistel bis hinauf nach dem Schambeine gebildet hatte. Es wurde daselbst am 2. August eine Gegenincision gemacht und ein Drainagerohr gezogen. Trotzdem stieg die Temperatur noch den nächsten Tag bis 41,1° C. und obschon wir uns die grösste Mühe gaben, die Wunde aseptisch zu bekommen, so blieb

Pat. doch bis zum 4. Sept., also über einen ganzen Monat nach der Gegenincision fiebernd und zeitweise war das Fieber nicht unbeträchtlich. Und doch verschlimmerte sich das Hirnleiden des Pat. nicht, er kam in Remission und befindet sich momentan ausser der Anstalt in einem so guten Zustande, dass ihn seine Collegen für ganz gesund erachten. — Der andere, ein Kellner, 1849 geboren, war krank seit April 1879. Er hatte in der Haut des Brustbeines ein faustgrosses Atherom sitzen. Da es dem Pat. lästig wurde und an der Peripherie zu zerfallen drohte, so exstirpirten wir es am 20. Juli 1880. Die zwei Wundränder wurden durch die Naht vereinigt und verlötheten mit einander. Pat. blieb jedoch nicht ruhig, die vereinte Wunde hob sich ab, es sammelte sich Secret unter ihr an und die junge Narbe musste wieder eröffnet werden. Es bildete sich nun eine Granulationsfläche und Pat. fieberte bis 3. Sept., also ebenfalls ungefähr einen Monat. War das Fieber auch nicht so bedeutend (nur einmal coincidirend mit einem paralytischen Insult kam es bis 40,5), so brachte es den Pat. doch merklich herunter, aber er kam in recht erfreuliche Remission. Mitte Febr. dieses Jahres ist er in einem Insult erstickt.

Wenn nun der krankhafte Process im Gehirn der beiden Letztbeschriebenen im Gegensatz zu dem ersteren durch die intercurrente Sepsis nicht verschlimmert wurde (und wie oft dies nicht geschieht, beweist auch der Umstand, dass bei ausgebreitetem, tiefen und längere Zeit bestehenden Decubitus mit Fieber, die Periencephalitis doch nur selten acuter verläuft), so lag dies zum Theil wohl daran, dass die Qualität der Infection eine weniger bösartige war, zum Theil vielleicht daran, dass ihre Periencephalitis noch nicht die Fortschritte gemacht hatte wie der Fall 1, obschon Fall 1, als er operirt wurde, erst 5 Monate krank war, während in Fall 2 die Paralyse bereits 1 Jahr und in Fall 3 sogar 1 Jahr 3 Mon. bestand. Aber Fall 1 gab schon zu Folge des Gesammteindruckes die schlechteste Prognose. Immerhin könnten die Erfolge von Fall 2 und 3 lehren, dass es auch bei Paralytikern Indicationen zur event. Operation giebt, wenn sie auch seltener sein werden.

Mein College *Stenger* macht in einer Arbeit für die Zeitschrift der Gesellschaft darauf aufmerksam, dass man heilbaren Paralytikern nicht den Schädel einreiben, sondern ihnen an den unteren Extremitäten derivirende Wundflächen setzen solle. Die zwei letztgeschilderten Fälle sprechen für seine Ansicht. — Zum Schluss erlaube ich mir meinen geehrten Vorgesetzten für die Ueberlassung des Materiales meinen besten Dank auszusprechen.

Schluss der Sitzung. Nächste Sitzung am 15. Juni c.

Dr. *Dörrenberg*.

---

15. Versammlnng der Mitglieder des Vereins der Irrenärzte Niedersachsens und Westphalens am 2. Mai 1881.

Zu der Nachmittags 4 Uhr eröffneten Sitzung hatten sich nachstehende Herren eingefunden: *Burghard*-Hannover, *Dittmar*-Osnabrück, *Engelken*-Rockwinkel, *Hemkes*-Wehnen, *Hesse*-Ilten, *Hundögger*-Hannover, *Kind*-Langenhagen, *Kremling*-Walsrode, *Lorent*-Bremen, *Schreiber*-Hildesheim, *Snell*-Hildesheim, *Tannen*-Hildesheim, *Wahrendorff*-Ilten.

Zum Vorsitzenden wurde Dr. *Snell*, zum Schriftführer Dr. *Tannen* gewählt.

Der Vorsitzende gedachte zunächst des schmerzlichen Verlustes eines der eifrigsten Mitglieder des Vereins, des Obermedicinalraths Dr. *Brandes* zu Hannover, welcher am 15. December v. J. gestorben ist. Der Hingeschiedene war ein Mann von umfassender allgemeiner Bildung und dem edelsten Charakter. Die Psychiatrie gehörte zu seinem Lieblingsstudium und er hatte die reichste Gelegenheit als Arzt des städtischen Krankenhauses und Stadt-Physicus dieselbe practisch zu verwerthen. Seine zahlreichen psychiatrischen Krankengeschichten, welche sich in der Registratur der Hildesheimer Anstalt befinden, sind Muster wissenschaftlicher Auffassung und geistvoller Präcision. Wie warm er sich für das Irrenanstaltswesen interessirte, zeigt sein 1865 erschienenes Werk: „Die Irrencolonien im Zusammenhang mit den ähnlichen Bestrebungen auf dem Gebiete der Armen- und Waisenpflege“.

Es hält hierauf einen Vortrag

Dr. *Snell*, „zur Frage der Ueberbürdung der Schüler der höheren Lehr-Anstalten“.

Die Frage, ob durch Ueberbürdung mit häuslichen Arbeiten die Schüler der höheren Lehranstalten in Geistesstörung verfallen oder sonst an ihrer Gesundheit geschädigt werden können, ist durch *Hasse*'s Anregung neuerdings wieder auf die Tagesordnung des Vereins der deutschen Irren-Aerzte gesetzt worden. Es mag daher von Interesse sein, die nachstehenden 3 Fälle psychischer Erkrankung bei Gymnasialschülern, welche im letzten Jahre in der Hildesheimer Anstalt zur Behandlung gekommen sind, hier mitzutheilen.

1. Wilhelm N., geboren im October 1861, körperlich und geistig normal entwickelt, aus einer gesunden Familie stammend, wurde im Herbst 1874 in die Quarta des Gymnasiums zu N. aufgenommen. Im darauf folgenden Winter erkrankte er an einer schweren Diphtheritis, deren krankhafte Folgezustände ihn fast ein Jahr lang hinderten, die Schule regelmässig zu besuchen. Er konnte erst im Herbste 1876 nach der Tertia des Gymnasiums versetzt werden. Er glaubte durch doppelten Fleiss das Versäumte nachholen zu müssen und soll oft halbe Nächte bei seinen Schularbeiten gesessen haben. Nachdem er schon längere Zeit eine wechselnde Gemüthsstimmung gezeigt hatte, verfiel er im December 1878 nach einem derben Verweis seines Lehrers in Geistesstörung. Er war ohne Schlaf, ängstlich

erregt und zeigte Verfolgungsideen. Es folgte diesen Depressionszuständen eine maniakalische Erregung. Es wurde längere Zeit Chloral angewendet. Im Frühling 1879 war er so weit beruhigt, dass er zu einer befreundeten Familie auf das Land geschickt werden konnte. Im Herbste 1879 kehrte er in gebessertem Zustande zu seiner Familie zurück. Im darauf folgenden Winter zeigten sich aber wiederholte maniakalische Erregungen, sodass er am 9. März der Hildesheimer Anstalt zugeführt werden musste. Er war in hohem Grade aufgeregt, fast schlaflos, sang, pfiff, hatte die ausschweifendsten Wünsche, lief ruhelos umher und zeigte das reine Bild der Manie. Ohne den Gebrauch narcotischer Mittel gelang es uns, den Kranken nach etwa 10 Tagen vollkommen zu beruhigen. Es war nun unser Bestreben, die heruntergekommene Constitution des Kranken zu heben und zu stärken. Es gelang dieses durch kräftige Ernährung, reichliche Bewegung im Freien und den längeren Gebrauch von Eisenwasser. Sein Körpergewicht nahm 20 Pfd. zu, sein Aussehen wurde frisch und blühend. Im Juli 1880 konnte er gesund aus der Anstalt entlassen werden.

2. Hermann B., geboren im September 1862, wurde am 16. December 1880 als Primaner des Gymnasiums zu C. der Heil- und Pflegeanstalt in Hildesheim übergeben. Er ist ohne erbliche Anlage zu Geistesstörung, körperlich ziemlich kräftig, soll aber von Kindheit an vielfach an Verdauungsstörungen gelitten haben, die sich zeitweise durch Neigung zu Stuhlverhaltung, zu anderer Zeit durch Neigung zu Durchfällen charakterisirten. Von nur mässiger geistiger Begabung, gehörte er auf dem Gymnasium dennoch stets zu den besten Schülern seiner Classe, indem er durch andauernden Fleiss bei seinen häuslichen Arbeiten allen Anforderungen seiner Lehrer zu genügen wusste. Schon frühzeitig zeigten sich bei ihm Störungen des Nervenlebens. Schon im 13. Lebensjahre glaubten seine Eltern bei ihm mitunter Abspannung und Reizbarkeit zu bemerken. Er war von streng religiöser Gesinnung. Als ihm daher in seinem 14. Lebensjahre eine der populären Schriften über Onanie (von *Kapf*) in die Hände fiel, quälte er sich mit dem Gedanken, dass auch er diesem Laster zum Opfer fallen könne. Er zeigte Furcht bei jedem eng anschliessenden Beinkleid und fragte geängstet seine Mutter, ob ein solcher Druck, welchen das enge Beinkleid verursache, jene scheussliche Onanie sei, von welcher er gelesen habe. Im Sommer 1879 nahmen seine geistigen Leistungen allmählig ab. Er klagte viel über Eingenommenheit des Kopfes und Verdauungsstörungen. Der Gebrauch eines Seebades brachte ihm nur wenig Linderung. Es bildeten sich nun immer mehr Abnormitäten seines Seelenlebens aus. Er zeigte Schwermuth und Apathie, abwechselnd mit Reizbarkeit. Er grübelte über sein Befinden und zeigte immer mehr Scheu vor jeder geistigen und körperlichen Anstrengung. Gegen die Schulmethodik zeigte er Abneigung und Hass. „Es wäre ja Unrecht“, äusserte er z. B., „wenn ich meine Gaben nicht gründlich ausbilden wollte, nur darf ich nicht nach den unsinnigen Forderungen der eingebildeten Schulpauker arbeiten, was mir so geschadet hat und die

heutige Jugend zu nervösen und verdrehten Menschenknechten macht." Auch seinen jüngeren Bruder suchte er von seinen Schularbeiten abzuhalten, da diese übermässige Anspannung der Kräfte schliesslich Jeden in's Verderben stürze. Dieser krankhafte Zustand verschlimmerte sich von nun an immer mehr. Es traten Verfolgungsideen auf, die sich gegen seine Lehrer, Mitschüler und selbst seine Eltern richteten. Es zeigten sich Explosionen gereizter und verzweifelter Stimmung, wobei er von Brandstiftung und Selbstentleibung sprach und er liess sich schliesslich zu Thätlichkeiten gegen seine Umgebung hinreissen, sodass seine Entfernung aus der Familie zur Nothwendigkeit wurde. Seit seiner Aufnahme in die Anstalt zeigt der Kranke im Ganzen ein ruhiges aber sehr apathisches Benehmen. Er vermeidet jede wissenschaftliche Beschäftigung sorgfältig und zeigt keinerlei Interesse dafür. Wahnideen und krankhafte Sensationen mit dem Charakter der Verfolgung werden fortdauernd bemerkt. Er zeigte z. B. betreffs eines anderen Kranken, der in demselben Raume mit ihm schlief, den Verdacht, dass er ihn durch electrische oder magnetische Einwirkungen misshandle, glaubt, dass er aus unlauteren Motiven in die Anstalt gebracht worden sei und sieht auch in den Einrichtungen der Anstalten feindselige Veranstaltungen, welchen zu entfliehen er sich für berechtigt und verpflichtet hält.

3. Friedrich T., Schüler der Prima des Gymnasiums zu H., geboren den 10. März 1864; wurde am 28. December 1880 in die Hildesheimer Irrenanstalt aufgenommen. Eigentliche Geistesstörung ist in seiner Familie nicht vorgekommen, zwei Geschwister seines Vaters zeigten aber Abnormitäten des Charakters. Er entwickelte sich körperlich gut und war geistig sehr begabt. Bei lebhaftem Ehrgeiz soll er sich bei seinen häuslichen Arbeiten für die Schule oft übermässig angestrengt haben. Er selbst äussert in dieser Beziehung, dass er durch übermässiges Arbeiten für die Schule krank geworden sei. Seit dem Herbste 1879 entwickelten sich bei ihm Ernährungsstörungen mit dauernder Schlaflosigkeit. Dabei wurde seine Gemüthsstimmung schwankend und reizbar. Bald überliess er sich dumpfem Hinbrüten, bald ausgelassener Lustigkeit und Redseligkeit. Dabei ergab er sich dem Laster der Onanie. Im September 1880 trat ein maniakalischer Anfall ein, welcher sich sodann periodisch wiederholte.

Bei seiner Aufnahme in die Anstalt (am 28. Dec.) war er maniakalisch erregt und beruhigte sich nach 7 Tagen. Seitdem wiederholten sich die maniakalischen Anfälle 4 mal, indem sie eine Dauer von 7 bis 15 Tagen zeigten. Die freien Zwischenräume, in welchen der Kranke ganz klar und verständig ist, jedoch kein freies Urtheil über die Bedeutung seiner Krankheit hat, zeigten eine Dauer von 9 bis 24 Tagen. Während oder nach der maniakalischen Erregung wurde wiederholt eine kataleptische Starrheit von kurzer Dauer beobachtet.

Wenn man die vorstehenden 3 Fälle von Geistesstörung betreffs der Bedingungen, unter welchen sie sich entwickelt haben, betrachtet, so kommt man ungezwungen zu der Annahme, dass die Ueberbürdung mit häuslichen

Arbeiten von höchst nachtheiligem Einfluss für die geistige Gesundheit der betreffenden Schüler gewesen ist.

Ich habe bereits im Jahre 1873 in einer der allgemeinen Sitzungen der Versammlung der Naturforscher und Aerzte in Wiesbaden in einem Vortrage „naturwissenschaftliche und ärztliche Standpunkte dem Unterrichtswesen unserer Zeit gegenüber" auf die nachtheiligen Folgen aufmerksam gemacht, welche eine maasslose, den Gesetzen der Psychologie widersprechende Ueberladung unserer Schuljugend für die Gesundheit und naturgemässe geistige Entwicklung bedingt. *Hasse* hat diesen Vortrag in seiner Brochure „die Ueberbürdung unserer Jugend auf den höheren Lehranstalten u. s. w." wieder zum Abdruck gebracht. Ich stehe auch heute noch ganz auf dem Standpunkte, welcher sich in jenem Vortrage ausspricht. Ich habe mehr und mehr die Ueberzeugung gewonnen, dass eine durchgreifende Reform unserer Unterrichtsmethoden ein dringendes Bedürfniss geworden ist. In ärztlichen Kreisen wird diese Ueberzeugung weithin getheilt und ist in den verschiedensten ärztlichen Versammlungen vielfach ausgesprochen worden. In dem Lehrerstande dagegen, welcher doch zunächst berufen ist, die Hand zur Besserung anzulegen, finden diese Bestrebungen nicht den Anklang, den man erwarten sollte. Wenigstens werden in der Presse und auf den Versammlungen der Lehrer nur wenige Stimmen dafür laut. Dass übrigens auch unter den Lehrern selbst sich allmählich andere Ansichten Bahn brechen, zeigt eine unlängst erschienene Schrift von *Petermann* [1]). Dieser Pädagoge spricht sich, gestützt auf eine reiche persönliche Erfahrung, indem er sich ganz und voll auf den ärztlich-psychologischen Standpunkt stellt, entschieden für eine Umgestaltung des Unterrichtswesens aus. Er schildert, auf Thatsachen fussend, die Ueberbürdung der Schüler mit Hausarbeiten in den schonungsbedürftigsten Lebensjahren der körperlichen und geistigen Entwicklung und kommt zu der Frage, „wie ist nun der junge Mensch, der doppelter Pflege in Folge des Wachsthums, doppelter Schonung in Folge der zarteren, noch nicht abgehärteten Körperconstitution bedarf, im Stande, eine solche Anstrengung, wie sie die Schule von ihm fordert, auszuhalten? die Antwort ist sehr einfach: Er hält sie nicht aus oder doch nur in wenigen Fällen." *Petermann* zeigt nun zunächst, wie viele Schüler im Verlaufe ihrer Schuljahre „verunglücken". Diejenigen, welche nicht verunglücken, theilt er in „ehrliche und unehrliche Schüler" ein. Die unehrlichen Schüler wissen sich durch ein fein ausgedachtes System der Täuschung, womit sie ihre Lehrer betrügen, vor Ueberbürdung zu schützen, die ehrlichen Schüler dagegen trifft die ganze Wucht der Ueberbürdung mit ihren unglücklichen Folgen für Körper und Geist. Der Verfasser schildert aus

[1]) Die Schäden, hervorgerufen durch unsere heutige Schulbildung und Vorschläge zu ihrer Abhilfe, ein Mahnwort an Eltern und Lehrer, von Dr. *F. A. Petermann*, Schuldirector. Braunschweig. Druck und Verlag von Friedrich Vieweg und Sohn. 1881.

eigener Anschauung die Erscheinungen eines überreizten Gehirn- und Nervenlebens, die daraus folgende Neigung zu geschlechtlichen Verirrungen, zu excentrischen Lebensanschauungen und Excessen, über die in neuerer Zeit so viel geklagt wird. Er betont mit Recht, dass jeder einfache, klare, maassvolle, auf richtigen psychologischen Grundsätzen ruhende Unterricht an sich schon sittlich erziehend auf die Jugend wirkt und dass diese erziehende Kraft desselben überall planvoll zu verfolgen sei. Er warnt vor jeder hastigen, oberflächlichen, überstürzenden Behandlung der Unterrichtsstoffe und verlangt, dass das Hauptgewicht des Unterrichtes in die Schulstunden und nicht in die Thätigkeit des Schülers ausserhalb der Schule gelegt werde. Endlich würdigt er die hohe Bedeutung der körperlichen Ausbildung der Schüler im vollsten Maasse und ermahnt ernstlich, dieselbe bei der Erziehung auf alle Weise zu pflegen und zu fördern.

Es ist erfreulich, in dieser Schrift ein so volles Verständniss der ärztlichen Standpunkte zu finden und berechtigt zu der Hoffnung, dass der Lehrerstand mehr und mehr zu der Ueberzeugung kommen wird, dass die Aerzte keineswegs andere Endziele bei der Erziehung verfolgen, als die Lehrer selbst. Die möglichst vollkommene geistige Ausbildung der Jugend wollen wir ja alle, es handelt sich nur darum, die richtigen Wege zu wählen, auf welchen die allmähliche Erstarkung der geistigen Kräfte und zugleich die Lust und Liebe zum Weiterschreiten auf den Gebieten des Wissens wirkungsvoll gefördert wird. Verständige Aerzte verlangen keine Verflachung des Unterrichts, sondern eine Vertiefung desselben, eine Gymnastik des Geistes, die nicht mit augenblicklichen Erfolgen arbeitet, sondern den Keim reicher geistiger Entfaltung in die Seele des Schülers legt.

Wir hoffen und erwarten dass diese reformatorischen Bestrebungen auf dem Gebiete der Erziehung, welche in ärztlichen Kreisen mehr und mehr hervortreten, nicht an Missverständnissen scheitern werden, und auch in den Lehrerkreisen die Beachtung finden möge, welche die hohe Wichtigkeit der Sache für die Zukunft unseres Culturlebens verdient.

An diesen Vortrag knüpfte sich eine lebhafte Discussion.

Dr. *Wahrendorff* glaubt den Hauptgrund der Ueberbürdung der Schüler darin suchen zu müssen, dass viele Lehrer die Schüler gerade in dem Gegenstande, welchen sie lehren, möglichst weit zu bringen bestrebt seien und daher dieselben oft mit übermässigen Aufgaben belasteten, ohne dabei die im Allgemeinen von der Schule geforderten Leistungen im Auge zu behalten. Es könne hierbei nur der Director der Schule regelnd eingreifen, indem er die Aufgaben der einzelnen Lehrer möglichst genau überwache und, wo es nöthig sei, auf das rechte Maass zurückführe.

Dr. *Burghard* hat in seiner Praxis 2 Fälle beobachtet, in welchen Schüler durch Ueberbürdung mit Schularbeiten geisteskrank geworden seien. Allerdings sei in beiden Fällen erbliche Belastung vorhanden gewesen. Fälle von Nervosität und geistiger Abgespanntheit in Folge der Anstren-

gungen für die Schule habe er nicht nur bei Knaben, sondern häufiger noch bei Mädchen, den Schülerinnen der höheren Töchterschulen, gesehen. Ganz besonders habe er solche krankhafte Erscheinungen bei Mädchen gesehen, welche sich zum Lehrerinnen-Examen vorbereiteten.

Dr. *Hundögger* findet es bedenklich, die Arbeiten der Schüler auf ein geringeres Maass herabzusetzen, indem hierdurch leicht ein niederer Stand der wissenschaftlichen Ausbildung erreicht werden könnte. Er glaubt, dass die nachtheiligen Folgen der Schule mehr auf Rechnung der Schüler zu setzen sein dürften. In grösseren Städten namentlich sei das Leben und Treiben der Schüler oft der Art, dass hierdurch schon nachtheilige Folgen für die Gesundheit derselben zu fürchten seien. Die Schüler treiben sich oft Tage lang in den Kneipen umher und müssten daher einen Theil der Nacht dazu benutzen ihre Schularbeiten zu erledigen.

Dr. *Lorent* erwähnt, dass die Ueberbürdungsfrage nicht nur in Deutschland gestellt werde, sondern in allen Culturländern Europas. So hätten z. B. auf dem internationalen Congress in Brüssel die Schweden, die Franzosen und vor allen die Engländer darauf hingewiesen, dass sich bei Schülern und Schülerinnen der höheren Schulen, namentlich zur Zeit der Arbeiten für das Examen nervöse Störungen einzustellen pflegten.

Einige der Anwesenden hielten es für zweckmässig, dass auf den Schulen vor dem Aufsteigen der Schüler in die höheren Classen durch eine angemessene Prüfung festgestellt werde, wer sich überhaupt zu einer höheren wissenschaftlichen Ausbildung eigne. Es könnten vielleicht hierdurch unfähige Schüler von den höheren Classen entfernt werden.

Dr. *Burghard* wünscht nicht nur unfähige sondern auch krankhaft veranlagte Schüler vor den Anstrengungen der Schule möglichst geschützt zu sehen. Er verwirft auch jede zu frühzeitige Anstrengung der Schüler und empfiehlt für die körperliche Kräftigung der Schüler Spielübungen, die von den Lehrern zu leiten und zu überwachen seien.

Da sich keiner der Anwesenden weiter zum Worte meldet, so wird die Discussion für geschlossen erklärt.

Dr. *Wahrendorff* zeigt hierauf eine in Paris nach Art der Nélaton'schen Catheter angefertigte Magensonde vor[1]). Dieselbe ist ausserordentlich weich und biegsam und kann durch die Nase mit Leichtigkeit in den Magen geführt werden.

Diese Sonden, welche auch in den Irrenanstalten zu Hildesheim und Osnabrück in Gebrauch sind, empfehlen sich in jeder Beziehung vor den früher gebrauchten steifen Magensonden bei der Zwangs-Fütterung. Sie sind nicht nur ungleich dauerhafter sondern sind auch leichter einzuführen und schliessen vermöge ihrer elastischen weichen Beschaffenheit jede Verletzung der Schleimhaut des Halses und des Magens aus. Dr. *Wahren-*

[1]) Verkäuflich bei Firma L. Bertram in Hannover, Theaterplatz 16 A. für 6 Mark.



dorff zeigt, wie er diese Sonde auch als Magenpumpe benutze, indem er mit Einschiebung einer kleinen Glasröhre einen langen Gummischlauch an die Sonde befestigt. Es wird sodann auf den Gummischlauch ein Glastrichter befestigt und während des Eingiessens von Flüssigkeit durch Niederhalten der Röhre die bekannte Heberwirkung erzielt, wodurch die in den Magen eingegossene Flüssigkeit wieder abfliesst.

Dr. *Dittmar* erkennt ebenfalls die Vorzüge dieser weichen Magensonden an. Er empfiehlt bei der Anwendung derselben noch ein einfaches Mittel, durch welches man sich leicht überzeugen könne, dass die Sonde in den Magen eingedrungen sei. Er lässt nämlich nach Einführung der Sonde in das obere Ende derselben Luft einblasen, wobei das auf die Magengegend aufgelegte Ohr sofort aus dem Ausströmen der Luft die richtige Lage der Sonde erkennt. Es sei ihm übrigens ein Fall vorgekommen, in welchem bei der Zwangs-Fütterung die weiche Sonde nicht ausgereicht habe. Es war dieses bei einem Kranken, welcher sich durch einen Selbstmordversuch die Speiseröhre verletzt hatte. Es sei ihm in diesem Falle nicht gelungen, mit der weichen Sonde in den Magen zu gelangen, er habe daher zu einer harten Sonde greifen müssen, welche der einführenden Hand das Gefühl des Widerstandes mittheilt, und es sei ihm auf diese Weise gelungen in den Magen zu gelangen.

Dr. *Hundögger* bemerkt in Beziehung auf die von Dr. *Wahrendorff* beschriebene Auspumpung des Magens, dass, wenn es sich darum handle, den Mageninhalt z. B. nach Einführung von giftigen Substanzen rasch zu entleeren, es hinreichend sei eine grosse Menge warmen Wassers und sodann eine kleinere Portion kalten Wassers in den Magen einfliessen zu lassen. Die Contraction des Magens werde hierdurch so unwiderstehlich und kräftig angeregt, dass sich derselbe vollständig entleere.

Dr. *Wahrendorff* hält hierauf einen Vortrag „über den bisherigen Stand der familialen Irrenpflege in Ilten im Anschluss an die dortigen Anstalten".

Vor 2 Jahren habe ich an dieser Stelle mir erlaubt, den Herren Collegen mitzutheilen, wie ich den Entschluss gefasst habe, im engen Anschluss an meine Anstalten in Ilten eine Familien-Irrenpflege zu versuchen. Da ich Ihnen damals schon den Plan entwickelte, nach welchem ich diese Familienpflege in's Werk zu setzen beabsichtigte, und bei dieser Gelegenheit die ganze Frage einer Discussion unterzogen wurde, in welcher die Geister — wenn nicht auf einander platzten, so doch in der Debatte sich sehr erhitzten und mehr gegen als für dieselbe ihr Votum abgaben — nachdem auch am 1. Mai vorigen Jahres wieder dieselbe Frage kurz berührt ist, muss ich es für meine Pflicht erkennen, wenigstens mitzutheilen, was bislang in der Sache von mir geschehen ist, und wie ich heute noch zu derselben stehe.

Was nun zunächst den letzteren Punkt angeht, so habe ich meine An-

sichten nicht geändert, meinen Plan nicht aufgegeben, vielmehr darf ich wohl unumwunden mich dahin aussprechen, dass ich für die Sache der familialen Irrenpflege einzustehen gedenke, so lange ich lebe, wenigstens so lange ich überhaupt meine psychiatrische Thätigkeit fortzusetzen im Stande bin. Wenn damals mir entgegengehalten wurde, im Wesentlichen sei nur in den Grenzen und unter dem schirmenden Dache der Anstalt eine richtige und heilsame Irrenbehandlung zu suchen und nicht eher dürfe man das Verlangen nach neuen Anstaltsbauten aufgeben, als bis der letzte Irre in Anstalten untergebracht sei, so kann ich auch heute nur wiederholen, dass ich mich in directem Gegensatz zu der darin ausgesprochenen Richtung der Psychiatrie befinde, und hoffe und wünsche, dass diese Richtung nicht mehr und nicht weiter Boden gewinne, als wie sie denselben bislang etwa schon erlangt hat. Es würde mir sonst scheinen, als wenn der Zeit gegenüber — und sie liegt nicht so gar weit hinter uns — wo man überhaupt noch gar keine Anstalten kannte, es der entgegengesetzten extremen Richtung zutreiben hiesse, wenn man solche Anschauungen wollte zur That werden lassen.

Es wird mir freilich nie einfallen, den hohen Werth unserer Anstalten zu unterschätzen; wie ich dieselben für völlig unentbehrlich halte, bin ich auch für frühzeitige Aufnahme der Geisteskranken in dieselben schon deshalb, um sie zunächst aus den Umständen und Einflüssen, unter denen sie erkrankt sind, herauszubringen und in eine Welt und Umgebung zu versetzen, die Verständniss für ihr Leiden und Irren hat, und ihnen vor Allem die unentbehrliche Ruhe und Schonung sichert. Somit für alle frischen Erkrankungen und nicht weniger für eine grosse Anzahl, wenn nicht die Mehrzahl, der chronischen Fälle möchte ich gewiss die geschlossenen Anstalten nicht entbehren wollen. — Aber es ist doch auch schon eine recht hübsche Zahl von Anstalten geschaffen und ich meine, dass wenn ein Staat resp. eine Provinz für die bisherige Durchschnittsziffer der Landesirren sich mit Anstalten versehen hat, so dürfe man einstweilen mal Halt machen und überlegen, ob ein weiterer Neubau erspriesslich und nothwendig sei. Vielleicht dass doch die besetzten Anstalten wieder um ein Beträchtliches zu evacuiren sind, so zwar, dass aus ihnen gewisse Kategorien von Kranken, für welche die geschlossene Anstalt keine absolute Nothwendigkeit mehr ist, und denen sie dabei auch besondere Wohlthaten — die den Verlust der Freiheit überwögen — nicht mehr zu bieten vermag, in andere freiere, ihnen mehr zusagende — weil einst durch jahrelange Gewöhnung angepasste — Verhältnisse versetzt werden könnten. — Man könnte solche Kranke, wie ich sie im Auge habe, am besten ihren Familien zurückgeben, wenn die Verhältnisse daheim normale wären, oder sich dem idealen Standpunkte nur einigermaassen näherten. Aber darin werden wir wohl Alle einig sein, dass die Behandlung und Pflege von Geisteskranken daheim gar Vieles, wenn nicht das Meiste und darunter das Beste zu wünschen übrig lässt. Deshalb grade sieht der Psychiater ja so manchen Reconvalescenten mit Trauer und Bedauern aus der Anstalt scheiden, weil er fürchten muss, dass grade

daheim der Vervollständigung der Genesung oder auch der Erhaltung der relativen Besserung sich ungünstige und unverbesserliche Einflüsse aller Art entgegenstellen. Aber wo es sich auch nicht um Genesungen und Besserungen handelt, sondern um Zustände, die nahezu abgelaufen sind und keine bedeutende oder gar gefährliche Wandlungen mehr erwarten lassen, um Formen chronischer Depression, um Verrücktheit mit harmlosen Tendenzen, um Demente, die bei einiger Leitung noch die Fähigkeit zeigen, sich nützlich zu machen und eines freieren Lebens froh zu werden, kann man nur in seltenen Fällen rathen, sie den eigenen Familien zurückzugeben — denn damit wären sie oft genug widerstandslos der Willkür, der unverständigen Beurtheilung, dem Spott und nicht selten der Misshandlung der eigenen Angehörigen oder Landsleute preisgegeben; — gleichwohl brauchen sie doch nicht mehr vorsichtig hinter Mauern und Gittern gehalten zu werden; sie können dreist einer gewissen Freiheit und dem Familienleben zurückgegeben werden, aber im Anschluss an eine gutgeleitete Anstalt, so zwar, dass sie, wenn auch in einer relativen Freiheit sich bewegend, doch fast ohne es zu wissen und zu fühlen in fortgesetzter psychiatrischer Controle und Behandlung sich befinden. — Diese letzteren aber vor Allem sind die Vorbedingungen der von mir angestrebten familialen Irrenpflege; überall, wo Anstalten sind, lässt sich eine derartige sachverständige Controle und fortgesetzte psychiatrische Behandlung einrichten, und gewiss wird man, wenn man die umgebenden Verhältnisse dadurch sich ansieht, vieler Orten und namentlich in einigermaassen wohlhabenden Gegenden diese Verhältnisse für unseren Zweck geeigneter finden, als man von vornherein wähnte. Der Bezirk, in mitten dessen Ilten sich befindet, als vormaliger Sitz und Mittelpunkt des alten Amtes Ilten und der historisch zusammengehörigen und eigenthümlichen „Grossen Freien“ muss für gedachten Zweck in mehrfacher Beziehung wohl geeignet erscheinen. Die durchgängige Wohlhabenheit, die Intelligenz und wohlwollende Gemüthsrichtung seiner Bewohner dürfen als bezügliche Vorzüge und Empfehlung für die hier intendirte Familienpflege wohl nicht mit Unrecht aufgefasst werden.

Was ich somit im Sinne habe und behalten werde mit dieser Familienpflege, deckt sich indess keineswegs mit der historisch so berühmt gewordenen und gleichsam als Prototyp für Familienpflege geltenden Colonie Gheel. Trotz der Bedeutung und des Werthes dieser altehrwürdigen Irrencolonie, die man immer wird anerkennen müssen, trotz der Infirmerie, trotz der verdienstvollen Leitung und Organisation herrschen dort immer noch arge Missstände, von denen auch die jüngst herübergekommenen Mittheilungen von Neuem Kunde geben. Im eigenen Lande in Belgien selbst, und namentlich bei den Aerzten dort scheint Gheel viel weniger gekannt und beachtet zu sein, als im Auslande und namentlich bei uns in Deutschland. — Ein Missstand Gheel's scheint mir wesentlich darin zu bestehen, dass gewissermaassen der Abhub, die übelsten Elemente der übrigen belgischen Anstalten grossentheils nach Gheel verwiesen werden, ohne vorherige hin-

reichende Prüfung, ob sie dorthin passen oder nicht. Für die von mir gedachte und einstweilen in kleinem Umfange realisirte Familienpflege von Irren ist mir ausser der schon berührten fortgesetzten Controle von Seiten der Anstalt durchaus unerlässlich eine genaue Auswahl der in Pflege zu gebenden Kranken. — Bezüglich derselben habe ich schon angedeutet, welche Kategorien von Geisteskranken mir für die Familienpflege geeignet erscheinen, und füge noch hinzu, dass ich auf der einen Seite frische Psychosen, auf der andern auch Fälle tiefen Blödsinns und schweren körperlichen Siechthums und die an allgemeiner Paralyse leidenden Kranken von der Familienpflege ausnehme, wie überhaupt alle Irren, die eine unausgesetzte Krankenpflege erfordern oder a priori Gefahren für sich wie für ihre Umgebung noch besorgen lassen. Bezüglich der sonstigen Bedingungen bin ich den Principien treu geblieben, wie ich sie vor 2 Jahren hier entwickelt habe. Es sind dieselben am vollständigsten enthalten in den Bedingungen, wie sie auf meine Vorschläge und Anheimgabe fest- und zusammengestellt sind, von unserer Provinzialbehörde, dem Landesdirectorium, welche Behörde denn auch der Familien-Irrenpflege, wie sie von mir vorgeschlagen ist, ihre Gunst nicht nur äusserlich zugewandt, sondern auch in erfreulicher Weise bereits bethätigt hat. — Ich werde diese Bedingungen weiter unten vollständig den Herren Collegen zur Kenntniss bringen.

Endlich nun habe ich mit besonderer Genugthuung noch hervorzuheben, dass auch die Herren Collegen *Snell*-Hildesheim, *L. Meyer*-Göttingen, *Meyer*-Osnabrück, Directoren der Hannoverschen Provinzialständischen Anstalten, dem Versuche und Projecte der Familien-Irrenpflege günstig gestimmt sind und ihr Interesse daran bereits in erfreulichster Weise bethätigt haben. Herr Geb.-R. *Snell* hat ausserdem neben der ärztlichen Oberaufsicht über meine Anstalten in Ilten, auch die über die bisherige und demnächstige Familien-Irrenpflege daselbst zu führen. Lassen Sie mich nun in Kürze Ihnen mittheilen, meine Herren Collegen, was bislang geschehen ist, um das Project der Familienpflege bei uns zur Ausführung zu bringen. Als ich Ihnen meine erste Mittheilung machte, waren die Wege noch keineswegs geebnet, es hatten noch verschiedene Verhandlungen mit den Behörden, dem Provinzial-Landtage etc. stattzufinden, auch Vorbesprechungen und Verhandlungen mit Familien und Gemeinde etc., dann kamen Zeitumstände mehr persönlicher Natur, die der Ausführung des Vorhabens Schwierigkeiten bereiteten, so dass im August 1880, also erst seit $^3/_4$ Jahren, die ersten Kranken in Familienpflege versetzt sind. Sie werden mich somit nicht von grossen Erfolgen sprechen hören, dafür bislang aber auch nicht von Misserfolgen. Es schien opportun, da nichts zur Eile oder gar Ueberstürzung drängte, ganz allmählich gleichsam tastend vorzugehen. Durch meine ersten öffentlichen Besprechungen bewirkte ich, dass einzelne gute Familien freiwillig kamen und sich bereit erklärten, den Versuch mit e einem oder 2 Kranken zu machen. Ich empfahl — ich überredete — ch drängte nicht, ich wünschte vielmehr, dass die Hausbesitzer und

Familienväter zu mir kommen und mich bitten sollten, sie an der Irrenpflege Theil nehmen zu lassen. Dadurch erlangte ich den Vortheil, dass ich mir unter den Antragenden die geeignetsten aussuchen und mit mehr Nachdruck die Bedingungen und Forderungen für meine Kranken aufstellen konnte. In dem langsamen Beginnen lag später der Vortheil, dass die Einwohner des Ortes sich mit dem Gedanken einer derartigen neuen Aufgabe ganz allmählich bekannt und vertraut machen und lernen konnten, um was es sich denn eigentlich handele. — Der Landmann hat bei vielen trefflichen Eigenschaften, die ihn für den vorliegenden Zweck befähigen, auch die minder guten eines stets wachen Misstrauens und des Egoismus. So war es denn auch mehr als Einer, der unter der Abgabe dieser Kranken in Familien etwas Verdächtiges witterte und annahm, es stecke etwas Besonderes und Schwieriges dahinter, denn sonst würden doch wir selbst unsere Kranken suchen zu behalten u. dergl. Man argwöhnte auch wohl, es seien grosse Gefahren damit verknüpft. Anstatt dessen haben nun die wenigen ersten Pfleger — geringfügige Zwischenfälle abgerechnet — keine schlimmen, sondern nur gute Erfahrungen mit ihren Kranken gemacht, die Patienten, die überwiesen wurden, bewährten sich als ruhige, harmlose Hausgenossen, zeigten sich folgsam, liessen zum überwiegenden Theile zu leichter Beschäftigung sich herbei u. s. f., im Uebrigen theilten sie ohne Ansprüche die Sitten und Gewohnheiten des Hauses wie Wohnung und Mahlzeiten, und es macht einen freundlichen Eindruck zu sehen, wie das gute Vernehmen zwischen Pfleger und Pflegling sich rasch entwickelt und befestigt hat.

Es befinden sich bislang in Familienpflege und einstweilen nur in Ilten selbst 12 Kranke und zwar in 7 Familien: in 1 Familie 3 Kranke, in 3 je 2, in 3 Familien je 1 Kranker, von diesen 12 sind 10 männlichen, 2 weiblichen Geschlechts, in den nächsten Tagen sollen noch in 2 Familien je 2 Kranke versetzt werden. Die Pfleger sind dem Berufe nach dem bäuerlichen und Handwerkerstande angehörig, indess wollen auch die den sogenannten besseren Ständen angehörigen Familien an der Familienpflege sich betheiligen. — Es liegen weitere Anträge vor, ausgehend von Bauern, die sich in guten, wohlhabenden Verhältnissen befinden und deshalb berücksichtigt zu werden verdienen. An einer anderen Stelle habe ich bereits mitgetheilt, dass in Ilten unter meiner Leitung eine Irren-Pflegeabtheilung besteht, die 90 männliche und 20 weibliche aus den 3 Provinzialständischen Anstalten hierher versetzte und bereits mit Rücksicht auf die Familienpflege ausgewählte Kranke enthält. Sobald nun die genannten Plätze vollbesetzt sind und je nachdem die öffentlichen Anstalten weiterer Entlastung bedürfen, sollten die qualificirten Kranken aus dem Iltener Irren-Pflegehause in die Familienpflege gegeben werden, um dadurch wieder Nachrückenden Platz zu machen. — Es liegt auf der Hand, welche Bedeutung dieser Modus mit der Zeit für die Irrenversorgung der Provinz zu gewinnen vermag. Vorläufig schon darf ich hoffen, noch 30 bis 40 Familien nach und nach

für Aufnahme von Pfleglingen bereit und geeignet zu finden. Endlich darf ich nicht unerwähnt lassen, dass in meiner Privatwohnung, sowie in Gebäuden auf meinem Ackerwirthschaftshofe noch ein Theil meiner Kranken, 16 Männer, 2 Frauen, placirt sind unter Verhältnissen, die den Familialen mindestens sehr nahe stehen. Sie wohnen so frei und selbständig, wie in jedem anderen Hause (wenn auch in grösserer Menge bei einander), schliessen sich dem Leben in meinen Privat- und häuslichen Verhältnissen durchaus an, werden im Freien, in Feld, Gärten, Ställen, auf dem Hofe beschäftigt und verkehren als Kranke unter Gesunden in einträchtigster Weise. Sie gehören zu meinem eigenen Hause wie langgewohnte Glieder. Ich könnte sie sämmtlich sofort auch in andere Familien versetzen, darf aber wohl behaupten, dass sie sich der freiesten Behandlung erfreuen und gleichfalls unter den Bedingungen eines familialen Lebens stehen, so dass damit die Gesammtzahl der in Ilten auf solche Weise verpflegten Irren auf etwa 30 sich beläuft, eine Zahl, die nachdem nun einmal der Anfang mit der neuen Verpflegung gemacht ist, in schnellen Progressionen zunehmen wird. In späteren Mittheilungen hoffe ich davon Kunde geben zu können. Da ich annehme, dass die Bedingungen der Familienpflege, wie sie für unser Project aufgestellt sind und zur Grundlage der ganzen Verpflegung dienen müssen, für den Einen oder Anderen der Herren Collegen von Interesse sein könnten, lasse ich sie hier folgen und hebe nur in Kürze noch einige der wichtigsten Bestimmungen derselben hervor. 1) Von Seiten der Anstalt wird das vollständige Bett für jeden Kranken geliefert — und dessen Preis — berechnet nach dem Selbstkostenpreise — in 3 auf einander folgenden Jahren abgezogen. Dadurch ist die Controle der Betten erleichtert und auch die Reinhaltung derselben ungleich leichter zu erzielen, da es sich um Matratzenbetten und nicht um schwere bäuerliche Federbetten handelt.

2) Beköstigung ist ziemlich genau vorgeschrieben, und richtet sich obwohl sich anschliessend an die ortsübliche Nahrungsweise doch wesentlich nach den im Pflegehause geltenden Regeln.

3) Kleidung wird von der Anstalt geliefert, Reparaturen von den Pflegern geleistet.

4) Allmonatlich werden Wägungen vorgenommen, um den Stand der Ernährung bei den Pfleglingen controliren zu können.

5) Alle 4 Wochen wird dem Pflegling ein Bad im Pflegehause verabreicht, um dadurch die Reinlichkeit zu fördern und zugleich die Beschaffenheit der Haut controliren zu können. —

Bedingungen, unter denen Geisteskranke, welche aus den ständischen Irrenanstalten der Privat-Irrenanstalt in Ilten überwiesen sind, in familiale Pflege übergeben werden können.

§ 1. Es ist dem Director der Privat-Irrenanstalt zu Ilten gestattet, solche aus den ständischen Irrenanstalten ihm überwiesene Geisteskranke, welche nach seinem gewissenhaften Ermessen dazu sich eignen, bei ehr-

baren, in geordneten Vermögensverhältnissen lebenden Familien der Dörfer Ilten, Bilm, Höfer und Ahlten unterzubringen, sofern im einzelnen Falle der Director der provinzialständischen Heil- und Pflegeanstalt die Unterbringung für unbedenklich erklärt hat.

Die auf diese Weise untergebrachten Geisteskranken sind dem Landes-Directorium namhaft zu machen.

§ 2. Die Behandlung des Pfleglings in der Familie hat nach Anleitung einer von dem Director der Privatirrenanstalt anzufertigenden und dem Pfleger einzuhändigenden schriftlichen Instruction, sowie nach Maassgabe der mündlichen Rathschläge desselben und seiner Aerzte zu erfolgen.

Im Uebrigen sollen die Leistungen des Pflegers im Folgenden bestehen:

1. Dem Kranken ist ein luftiges, trockenes Schlafzimmer mit Bett, bestehend aus: a) einer eisernen Bettstelle, b) einem Strohsack, c) einer Matratze nebst Schrägkissen, d) drei wollenen Decken, e) ein bis zwei Kopfkissen, f) sechs Kissenbezügen und g) zwei Betttüchern einzuräumen.

Das Bett, ausschliesslich der Kopfkissen, Kissenbezüge und Betttücher, wird von der Privatirrenanstalt dem Pflegling mitgegeben und geht gegen ratenweise, in drei Jahren zu beschaffende Abzahlung des Selbstkostenpreises in das Eigenthum des Pflegers über. Hört die Pflege vor Ablauf des gedachten Zeitraumes auf, so kann das Bett gegen Taxat des Directors der Privatirrenanstalt von diesem zurückgenommen werden.

Im Sommer sind zwei, im Winter drei wollene Decken aufzulegen.

Es ist gestattet, zwei Kranke in einem Raume schlafen zu lassen oder dem Kranken einen Gesunden zuzugesellen.

2. Dem Pflegling ist Tags über das Familienzimmer zum Aufenthalt anzuweisen, in dem eine der Jahreszeit angemessene Temperatur erhalten werden muss.

3. Der Kranke nimmt an den Mahlzeiten der Familie Theil, wobei als Regel gilt, dass ihm zu verabreichen ist:

a) Morgens, im Winter um 8, im Sommer um 7 Uhr und Nachmittags um 2 resp. 6 Uhr, eine Portion süsser Milch oder ein Milchkaffee mit Weissbrod (ohne Butter) oder ein Butterbrod von Roggenbrod.

b) Morgens um etwa 10 Uhr ein Butterbrod als 2. Frühstück.

c) Mittags das ortsübliche Mittagsmahl.

d) Abends eine Mehl-, Milch- oder Buttermilchsuppe (letztere mit geriebenem Brod oder geriebenen Kartoffeln) oder ein Gericht von Kartoffeln mit der Schale und hinterher ein Butterbrod. Auf eine möglichste Abwechselung in der Verabreichung der Gerichte und auf nahrhafte, schmackhafte und reinliche Zubereitung derselben ist zu halten. Mindestens fünfmal in der Woche, sowie an Sonn- und Festtagen wird Fleisch zum Mittagsgericht gegeben, auch an denjenigen Tagen, wo solches ausfällt, ein Hering, Eierkuchen oder ähnliches verabreicht.

Das Brod ist aus reinem Roggenmehl, gut ausgebacken, herzustellen.

4. Der Pfleger hat den Kranken sowohl in reiner Wäsche zu erhalten, als auch die Reparatur derselben, sowie der Garderobe überhaupt zu besorgen.

Die Lieferung der Garderobe, welche besteht aus: a) 6 Stück Hemden, b) 6 Paar Strümpfen, c) einem Sonntags-Anzuge, d) einem Alltags-Anzuge, e) einem Paar Schuhe resp. f) einem Paar Hausschuhe oder Pantoffeln und g) zwei Mützen, erfolgt Seitens der Privat-Irrenanstalt, die auch bei hervortretendem Bedürfniss eine Ergänzung derselben vornimmt.

Mindestens ein Mal in der Woche ist der Kranke mit frischer Leibwäsche zu versehen.

5. Der Kranke ist zur Reinlichkeit, namentlich Morgens und Tags über, so oft es erforderlich erscheint, zur Waschung des Gesichts und der Hände Seitens des Pflegers, der die erforderliche Seife liefert, anzuhalten (vergl. § 4 Absatz 2).

§ 3. Als Vergütung für seine Leistungen empfängt der Pfleger die Summe von 270 Mark jährlich, welche nach Verabredung in monatlichen, vierteljährlichen oder halbjährlichen Raten Seitens des Directors der Privatanstalt gezahlt wird.

§ 4. Die ärztliche Behandlung einschliesslich der Verabreichung der nöthigen Medicamente erfolgt von Seiten des Directors der Privatanstalt, welcher verpflichtet ist, den Pflegling nach Bedürfniss regelmässig selbst zu besuchen oder durch seine Assistenzärzte besuchen zu lassen.

Imgleichen liegt es dem Director ob, dafür Sorge zu tragen, dass jedem Kranken mindestens einmal monatlich im Badezimmer der Privat-Irrenanstalt ein Bad verabfolgt wird.

§ 5. Die Pfleger sind einer fortgesetzten Controle des Directors der Privatanstalt zu unterwerfen. Sollten dieselben die übernommenen Verbindlichkeiten nicht getreulich erfüllen, so können die überwiesenen Kranken ihrer Pflege sofort wieder entzogen werden. Anderseits ist der Director verpflichtet, auf Wunsch des Pflegers den Pflegling ihm jeder Zeit ungesäumt wieder abzunehmen.

Eine Zurückversetzung in die Anstalt hat Statt zu finden, wenn der Kranke für die Familienpflege sich nicht eignet.

§ 6. In einer Familie dürfen nicht mehr als zwei Kranke untergebracht werden. Kranke verschiedenen Geschlechts in einer Familie unterzubringen, ist nicht erlaubt.

§ 7. Die im Vertrage vom 9. Mai 1878 dem Landes-Directorium eingeräumten Befugnisse in Betreff der Ueberwachung der Privatanstalt finden auch Anwendung auf die Familienpflege.

Insbesondere haben die vierteljährlich Seitens des Directors der Heil- und Pflegeanstalt zu Hildesheim auszuübenden Revisionen sich ebenfalls auf die Familienpflege zu erstrecken.

§ 8. Die jederzeitige Abänderung dieser Bedingungen bleibt dem Landes-Directorium vorbehalten.

Eine Discussion über den Gegenstand des Vortrags findet nicht statt, da diese Frage in einer früheren Vereinssitzung bereits ausführlich erörtert worden ist. Die Sitzung wurde hierauf geschlossen.

Die nächste Sitzung der Mitglieder des Vereins wird am 1. Mai 1882 in Hannover in Kasten's Hôtel Nachmittags 4 Uhr stattfinden.

Dr. *Tannen.*

Literatur.

Lehrbuch der Gehirnkrankheiten für Aerzte und Studirende von Dr. *C. Wernicke.* Band I. 371 Seiten. Kassel. Verlag von Theodor Fischer. 1881.

Der vorliegende erste Band des *Wernicke*'schen Werkes, von welchem der zweite Theil sich bereits in Druck befindet und noch im Laufe dieses Jahres erscheinen wird, hat in seinen zwei Hauptabschnitten die anatomisch-physiologischen Verhältnisse des Gehirns und die Semiotik seiner Krankheiten zum Inhalt. Mit Rücksicht auf die ausserordentlich complicirten Verhältnisse, wie sie uns im Faserverlauf innerhalb des Central-Nervensystems und besonders in seinen oberen Gebieten entgegentreten, könnte man wohl Bedenken tragen, ob sich die bis jetzt ermittelten Resultate der Hirnanatomie überhaupt schon zu einer wenigstens in den Hauptpunkten positiven Darstellung eignen, wie man sie im Allgemeinen für ein Lehrbuch erforderlich hält. Denn das kann Keinem zweifelhaft sein, der sich mit der Literatur unseres Gegenstandes beschäftigt hat, dass wir es hier zum Theil mit noch gänzlich unsicheren und vielfach sogar unbekannten Verhältnissen zu thun haben. Diese Anschauung findet sich unter A. ausgesprochen bei *Erb* in dem Abschnitte seines Lehrbuches, der sich mit den Krankheiten des verlängerten Marks beschäftigt, und *Forel*, den man gewiss als eine Auctorität auf unserem Gebiete betrachten muss, sieht sich auf Grund seiner Untersuchungen mit dem *Gudden*'schen Mikrotom in seiner Arbeit über die Haubenregionen und ihre oberen Verknüpfungen im Gehirn des Menschen und einiger Säugethiere (Archiv f. Psych. Bd. VII) zu dem Bekenntniss genöthigt, dass ein sicheres Weiterverfolgen von Faserbündeln durch reine gleich geartete weisse Substanz, beziehungsweise durch gleichaussehende andere Fasermassen, sowie von Bündeln feiner Fasern (Grosshirnfasern), nachdem sie sich in die graue Substanz zerstreut, entbündelt haben, bei unseren gegenwärtigen Färbemitteln und Mikroskopen einfach eine Unmöglichkeit ist. Die Zahl derartiger Urtheile könnte mit Leichtigkeit vermehrt werden. Andrerseits würden wir aber bei einer peinlichen Berücksichtigung solcher Erwägungen wohl auf keinem Gebiete der Medicin uns zur Abfassung eines Lehrbuches berechtigt halten dürfen. Ist doch gerade in unserem Specialfach der Psychiatrie noch so

manches dunkle und streitige Gebiet vorhanden. Wer aber wollte deshalb der vortrefflichen Lehrbücher eines *Griesinger*, *Schüle*, *Krafft-Ebing* u. A. m. entbehren. Daher begrüssen wir denn die Arbeit *Wernicke's* als einen willkommenen Beitrag zu diesem, wie er selbst in seinem Vorwort sagt, schwierigsten Zweig der inneren Medicin, als einen dankenswerthen Versuch, das Gebiet der Gehirnkrankheiten sowohl in anatomischer als klinischer Beziehung einem grösseren Leserkreise zugänglich zu machen. Die persönliche Berechtigung des Verfassers aber zu diesem schwierigen Unternehmen wird für Keinen ausser Frage stehen, welcher die früheren bedeutenden hierher gehörigen Arbeiten desselben kennen gelernt hat.

Wir sehen davon ab, einen detaillirten Auszug des reichen Materials zu geben, wie es in dem Werke *Wernicke's* enthalten ist. Ein solcher Versuch würde den uns zu Gebote stehenden Raum weit überschreiten. Auch erscheint ein solcher kaum nöthig, da der Verfasser doch zum grössten Theil in seinen Angaben auf die bekannten, fundamentalen Arbeiten anderer Forscher als *Meynert*, *Munk*, *Hitzig*, *Flechsig* u. A. m. Bezug nimmt. Unsere Aufgabe soll sich nur darauf beschränken, in möglichster Kürze den hauptsächlichsten Inhalt des Buches und den Standpunkt des Verfassers dem Leser darzulegen. Die beiden ersten Paragraphen des ersten Theils, welcher sich „anatomisch-physiologische Einleitung“ überschreibt, bringen die zum Verständniss des Gehirnbaues nothwendigen Thatsachen der Entwickelungsgeschichte und eine Beschreibung der Windungen des Hirnmantels. In Betreff der letzteren geht *W.* von den bekannten 4 sogenannten Urwindungen des Säugethiergehirns aus, und findet er diesen Typus in allerdings modificirter Weise auch am menschlichen Gehirn nachweisbar. Der nächste Paragraph beschäftigt sich mit der Rinden- und Marksubstanz des Grosshirns und hat es vorzüglich mit den Associationsfasern, Fibrae propriae u. s. w. zu thun. In den Paragraphen 4—16 kommt die feinere Structur des Grosshirns bis hinab zum Schluss des Centralcanals und dem Uebergang in's Rückenmark zur Darstellung. Die den Verfasser hierbei leitenden Gesichtspunkte hat er selbst in seiner Vorrede in folgender Weise dargelegt. „Die Aufgabe war hierbei, so heisst es, zwar den noch hypothetischen Zusammenhang des Ganzen zu wahren, denn darin liegt ein mächtiges Hülfsmittel der Orientirung und oft die Richtschnur für die Section, im Uebrigen aber sich auf die Schilderung und naturgetreue Wiedergabe der topographischen Verhältnisse zu beschränken und so die an sich unentbehrliche Hypothese einerseits, die absoluten Werthe der Topographie andererseits möglichst auseinander zu halten.“ Diesem doppelten Zwecke entsprechend zerfällt jeder Paragraph in zwei Abschnitte, der erste ist der Darstellung des meist noch hypothetischen Faserzusammenhanges gewidmet, zeichnet sich vor dem zweiten durch grossgedruckten Text aus und ist mit einer Reihe schematischer Zeichnungen versehen, welche mit Benutzung der an Schnittpräparaten mikroskopisch ermittelten Befunde und unter Zugrundelegung der *Meynert*'schen Hypothese des Pro-

jectionssystems entworfen sind. In der klein gedruckten zweiten Hälfte jedes Paragraphen wird an der Hand möglichst vieler und möglichst getreuer Abbildungen von Schnittpräparaten die Topographie zur Sprache gebracht. Ueberall hat dabei der Verfasser auf seine eigenen und vorurtheilsfreien Untersuchungen mit Rücksicht genommen, nur beim kleinen Gehirn hat er sich auf eine einfache Wiedergabe der Beobachtungen und Ansichten *Meinert's* und *Stilling's* beschränken müssen. So kommen nach einander zur Erörterung: „Die Ganglien des Streifenhügels. Innere Kapsel. Vordere Commissur (§ 4). Beziehungen der inneren Kapsel zu den Ganglien des Streifenhügels (§ 5). Directe Stabkranzantheile zum Hirnschenkelfuss; das äusserste Areal des Fusses; die Pyramidenbahn (§ 6). Stabkranz zum Haubenursprung aus dem Sehhügel (§ 7). Die Zwischenschicht, Stratum intermedium (§ 8). Centraler Verlauf und Zusammensetzung des Tractus opticus (§ 9). Haubenursprung aus dem Sehhügel. Formation des Haubenquerschnittes (§ 10). Ursprung der Schleife aus den Vierhügeln. Ursprung des dritten und vierten Hirnnerven (§ 11). Die Beziehungen des Kleinhirns zum Projectionssystem im Bereich der Brücke. Ursprung des Quintus (§ 12). Anhang über das kleine Gehirn (§ 13). Zutritt des unteren Kleinhirnschenkels zum Projectionssystem. Abducens- und Facialisursprung (§ 14). Durchflechtung der Haube durch den Strickkörper und Anlage des Hinterstranges. Der graue Boden der Oblongata (§ 15). Schluss des Centralcanals und Uebergang in's Rückenmark. Nachtrag (§ 16)."

In § 17 wird die Hypothese des Projectionssystems von *Meynert* dargestellt und besprochen und gelangt *W.* zu der Ansicht, dass der Kernpunkt derselben, die Bedeutung des Hirnschenkelfusses als Willensbahn und der Hirnschenkelhaube als der Bahn der Reflexe noch durch keine der neueren Thatsachen erschüttert worden ist. Dagegen lässt er Schweif- und Linsenkern überhaupt nicht als Durchgangsstationen im Sinne *Meinert's* und also auch nicht als solche der Willensimpulse gelten, da sie auf Grund des Faserverlaufes sich zu den Ursprungsgebieten der Haube gesellen und nur indirect durch die Substantia nigra eine Beziehung zum Hirnschenkelfuss haben. In den nächstfolgenden 4 Paragraphen 18—21 wendet sich *Wernicke* zur Besprechung der Rindencentren, wie sie durch die Arbeiten von *Fritsch* und *Hitzig*, *Munck* und *Eulenburg* und *Landois* (Wärmecentren) ermittelt worden sind. Auch die Aphasie hat hier eine eingehende Erörterung gefunden, ein Gebiet, auf welchem der Verfasser ja schon früher bemerkenswerthe Studien geliefert hat. Von hohem Interesse ist eine bei der Besprechung der Theorie epileptischer Krämpfe in § 21 angeführte neuere Beobachtung *Munck's*, zu deren Mittheilung der Verfasser durch diesen autorisirt ist. Hat man nämlich durch fortgesetzte Reizung einer Rindenpartie das Versuchsthier (Hund) in allgemeine Convulsionen versetzt, so können diese augenblicklich unterbrochen werden dadurch, dass man das gereizte Rindenstück mit einem flachen Schnitte abtrennt: der deutlichste Beweis, dass das, was allein die Convulsionen unterhielt, damit beseitigt wird. Dieser Versuch

gelingt nicht mehr, wenn der Schnitt angelegt wird, nachdem die Krämpfe eine Zeit lang spontan fortbestanden haben. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass dann bereits vielfache Rindenläsionen, und zwar punktförmige Blutungen, wie sie in einigen Beispielen gesehen worden sind, eingetreten und damit neue Ausgangspunkte für den Anfall geschaffen worden sind. —

§ 22 hat zum Inhalt die motorische und sensible Bahn der Hemisphären und im nächsten Abschnitt wird dann der weitere Verlauf derselben bis zum Anfang des Rückenmarks besprochen. Die Entscheidung der Frage, ob wir es für die sensible Bahn mit einer einfachen oder einer dreifachen Kreuzung zu thun haben, wird offen gelassen. In § 24 werden die Nervenkerne und einige besondere Centren nämlich das Krampfcentrum *Nothnagel's*, das vasomotorische Centrum von *Owsjannikow* und das Athmungscentrum von *Gierke* besprochen.

Der zweite Theil des Buches enthält die Semiotik der Gehirnkrankheiten. In § 25 giebt der Verfasser zuerst eine allgemeine Uebersicht des Materials. Auf Grund der Eintheilung der Gehirnstörungen nach *Griesinger* in Herdsymptome und Allgemeinerscheinungen werden als letztere betrachtet: 1) die Störungen des Sensoriums und der Intelligenz; 2) die Störungen der vegetativen Functionen; 3) die Störungen des subjectiven Befindens; 4) die Stauungspapille; 5) die Convulsionen.

Die Stauungspapille wird ebenso wie die Neuritis optica hierher gerechnet, weil diese beiden Symptome in den meisten Fällen ebenfalls durch eine Allgemeinwirkung auf das ganze Gehirn, nämlich eine Zunahme des intracraniellen Druckes, begründet sind, namentlich gilt dies für die Stauungspapille. Die epileptischen Convulsionen sind dagegen häufig auch durch die Eigenthümlichkeit der Localität verschuldet und bilden deshalb das natürliche Zwischenglied, das uns zu den Herdsymptomen hinüberführt.

Als Herdsymptome sind zu bezeichnen:

1) Die Störungen der halbseitigen Willensbahn: Hemiplegie, Hemiparese, Hemicontractur.

2) Die Theilerscheinungen derselben, Monoplegien des Gesichts, des Armes, des Beines und den entsprechenden Contracturen.

3) Die Störungen der halbseitigen Gefühlsbahn: Hemianaesthesie, mit ihren Theilerscheinungen.

4) Die selbständigen Lähmungen oder Reizerscheinungen an den Gehirnnerven.

Die Zahl der Krankheitsprocesse, welche das Gehirn befallen und von klinischer Wichtigkeit sind, ist eine beschränkte. Zwei davon erstrecken sich in grösserer Ausdehnung über seine Oberfläche und werden daher als Allgemeinerkrankungen bezeichnet, die Meningitis und die progressive Paralyse. Als Appendix der Meningitis erscheint der chronische Hydrocephalus. Die anderen sind sogenannte Herderkrankungen: die Hirnblutung, die Hirnerweichung, der Hirntumor, der Hirnabscess, der sclerotische Process. Den letzteren kann man als Uebergang zu den Allgemeinerkrankun-

gen betrachten. In den folgenden Paragraphen werden diese einzelnen Rubriken einer eingehenderen Besprechung unterworfen, wobei denn Symptomatologie, Untersuchungsmethode und anatomische Diagnose überall zur Berücksichtigung kommen.

§ 33 hat die Läsionen der Gehirnnerven zum Inhalt und im letzten Paragraphen (34) wird schliesslich noch eine Uebersicht der Sprachstörungen und Zwangsbewegungen, wie sie bei Gehirnkrankheiten zur Beobachtung kommen, und der Erscheinungen der progressiven Bulbärparalyse gegeben.

Aus dem Angeführten wird man den ausserordentlich reichen Inhalt des Werkes mit Leichtigkeit erkennen. Der Charakter desselben ist durch die entschiedene Parteiname des Verfassers für die Localisationstheorie des Gehirns in unverkennbarer Weise gekennzeichnet. Beläge dafür finden sich besonders von dem Anfang des physiologischen Theils ab fast auf jeder Seite in mehrfacher Weise. Es scheint uns doch, dass er hier in mancher Beziehung zu weit geht und gegentheiligen Beobachtungen zuweilen zu wenig Beachtung schenkt. Das dürfte in § 21, welcher sich u. A. auch mit der Theorie der Epilepsie beschäftigt, der Fall sein, wo er bei Besprechung der bekannten Versuche *Brown-Séquard's* am Meerschweinchen auch auf die Experimente *Westphal's* zu sprechen kommt, der durch Hämmern des Kopfes bei dergleichen Thiergattung epileptische Zustände hervorbrachte und dann constant kleine Hämorrhagien im Halsmark und der Oblongata fand. Dadurch dass er diese mit den von *Brown-Séquard* an den verschiedensten Stellen angebrachten Verletzungen vergleicht und ihnen einfach deshalb nicht mehr Gewicht beimessen kann als diesen, ist doch gewiss ihre Bedeutung und zwar besonders im negativen Sinne wegen des Freibleibens der Hirnrinde noch nicht aufgehoben. Bei der Besprechung der *Munck*'schen Exstirpationsversuche finden die interessanten Befunde *Fuerstner*'s, *Reinhard*'s u. A. betreffend Seelenblindheit bei paralytischer Geistesstörung gar keine Erwähnung. Bei denselben wurden aber mehrfach die Hinterhauptslappen intact gefunden, so dass *Fuerstner* in dem zweiten seiner Aufsätze über diesen Gegenstand sich dahin ausspricht, dass hier von irgend welcher Sicherheit beim Menschen heute noch gar keine Rede sein kann. Der Schlusssatz des § 20, dass zum stereoskopischen Sehen bekanntlich beide Augen erforderlich sind, ist in dieser Allgemeinheit wohl nicht aufrecht zu erhalten. Im zweiten Heft seiner populären wissenschaftlichen Vorträge (No. III. Gesichtswahrnehmungen) sagt *Helmholtz*, dass die Unterscheidung der körperlichen Form der Gegenstände und ihres verschiedenen Abstandes von uns nicht ganz fehlt, auch wenn wir dieselben nur mit einem Auge und ohne uns von der Stelle zu bewegen betrachten, und *Wundt* spricht sich in seiner Physiologie dahin aus, dass die Tiefenanschauung vorzugsweise durch das Sehen mit beiden Augen bewirkt werde, nicht dass es ausschliesslich dadurch geschehe. Bei der Erörterung des *Meynert*'schen Projectionssystems ist nicht erwähnt, dass dieser Forscher

auch auf Grund seiner Gehirnwägungen und zwar besonders bei paralytischen Geisteskranken zur Ansicht gelangte, dass die vorderen Abschnitte des Grosshirns motorischer Natur sind. Welchen Standpunkt man aber auch einnimmt, sei man nun mit *Munck, Wernicke* u. A. ein Anhänger der Localisation oder mit *Goltz* ein Gegner derselben, so wird man doch das Werk *Wernicke*'s immer als eine ausserordentlich fleissige und mühesame sowie scharfsinnig und consequent durchgeführte Arbeit betrachten müssen, so dass wir das Studium desselben den Fachgenossen auf das Wärmste empfehlen können und wir dem Erscheinen des zweiten Theils mit hoher Spannung entgegensehen. Was endlich die Ausstattung des Buches betrifft, so ist dieselbe eine ganz vorzügliche und besonders sind die Abbildungen fast durchgängig wohlgelungen. Nur Fig. 69, welche die untere Pyramidenkreuzung zur Anschauung bringen soll, erscheint uns gerade in dieser Beziehung wenig gelungen. Man vergleiche nur den entsprechenden Holzschnitt in der Arbeit *Meynert*'s vom Gehirne der Säugethiere (Fig. 261 *Stricker*'s Handbuch der Lehre von den Geweben). Auch fehlt die im Buchstaben-Verzeichniss als p. 1, ungekreuzter Bestandtheil der linken Pyramide, aufgeführte Bezeichnung in der Figur des *Wernicke*'schen Buches.

Claus in Sachsenberg.

Kleinere Mittheilungen.

Die Entwicklung des Irrenwesens in Schlesien im Allgemeinen und der Irrenheilanstalt Leubus im besonderen nebst statistischen Ergebnissen daraus und ihren Folgerungen.

Vor der Besitzergreifung Schlesiens durch Friedrich d. Gr. verlautet von einer öffentlichen Fürsorge für Irre in Schlesien nichts. 1749 wurden die ersten Räume für Irre im Zuchthause zu Brieg angewiesen. 1752 im Hofe des Zuchthauses daselbst ein Neubau für Irre errichtet, 1784 ein besonderes Irrenhaus ebendaselbst für 45—50 Personen erbaut, 1818 das dortige säcularisirte Kapuzinerkloster zur Errichtung einer Irren-Bewahranstalt überwiesen. 1824 wurde das Jagdschloss in Plagwitz zu einem Siechenhause bestimmt, um dieselbe Zeit das Cisterzienserkloster in Leubus zu einer Irren-Heil- und Pflegeanstalt ausersehen. Die Einrichtung dazu wurde denn auch, wenngleich lässig, in Angriff genommen. Es war keiner der Breslauer Professoren oder Aerzte trotz des damals hohen Gehalts von 1200 Rthlr. zu bewegen, die Directorstelle anzunehmen. 1824 erhielt diese Dr. *Martini* aus Pirna. Er war auf dem Sonnenstein vorgebildet und in der berühmten Augenklinik von *Schmalz* Assistent. Zu seiner Ausbildung sandte ihn der Staat nach Paris. Heimberufen von dieser Reise siedelte er, nachdem er noch 2 J. in Breslau gelebt, nach Leubus über und jetzt endlich wurde der Ausbau der Anstalt kräftiger in Angriff genommen, so dass dieselbe 1830 im Januar eröffnet werden konnte. Am 2. Juni 1827 waren durch Allerhöchsten Landtagsabschied die Irrenanstalten in Ständische Verwaltung übergeben, am 25. Mai 1829 trat deren vertretende Aufsichtsbehörde, die Verwaltungs-Commission ihre Functionen an, doch blieb der Director Königlicher Beamter und an der Spitze der Commission stand ein Oberpräsidialrath von bestimmendem Einflusse. Mit Einführung der Provinzialordnung wurde der Director als Kgl. Beamter und der staatliche Vorsitz beseitigt; die Commission gewann eine entscheidende Bedeutung, der Arzt wurde ihr untergeordnet, das Irrenwesen Schlesiens trat damit in eine neue Phase, und wie die Pflege der idealen Interessen weiter möglich bleiben wird, muss die Zukunft lehren, namentlich ob sie wirklich eine Lösung der Zeitaufgabe ist und in der Natur der Sache selbst liegt.

Mit der Eröffnung der Anstalt 1830 löste sich die bis dahin sie ver-

waltende Administration, Director und Rendant, auf und an die Spitze der Anstalt trat die Direction, der Director, diese Einrichtung wurde 1879 endlich auf alle Irrenanstalten der Provinz ausgedehnt, nur mit dem Unterschiede, dass der Director aufhörte selbstständig zu sein und Organ der Verwaltung wurde.

Mit der Eröffnung der Anstalt tritt *Martini*, nachdem er die Abneigung und kühle Zurückhaltung gegen den „Ausländer" insonderheit mit Hilfe und Unterstützung seiner selten begabten Frau glücklich überwunden, beherrschend an die Spitze des Schlesischen Irrenwesens. Unter seinem Einflusse wurde Leubus zur reinen Heilanstalt bestimmt, wiederholt erweitert, das Pensionat für Seelengestörte besserer Stände, zweifellos ein Bedürfniss dazumal für die Kranken, gegründet, wurde Einrichtung und Pflege in Brieg und Plagwitz verbessert, in Bunzlau die Stätte für die Pflegeanstalt bestimmt — den Bau leitete er nicht —, wurde Creuzburg errichtet. Ja es gelang ihm, Leubus mit dem Nimbus eines Weltruhms zu umgeben und auf Grund seiner bei Gelegenheit seiner Berufung nach Berlin in Sachen Sefeloge gefundenen persönlichen Beziehungen viele Anstalten mit Directoren zu versehen. Von weit und breit kamen Aerzte zum Besuch, während die Provinz sich vornehm und reservirt zurückhielt. Leubus wurde gewissermaassen der Vorort der Psychiatrie für den Osten, sein Pensionat wurde der Zufluchtsort für Russen und Polen, eine reiche Geldquelle für die Anstalt, bis sie der Aufstand 1863 definitiv versiegen und die Errichtung wirklicher Irrenanstalten in Russland, Polen und Galizien sie unnöthig machte; aus der Schule von Leubus gingen Männer der Wissenschaft hervor, wie ein *Neumann* und *Hoffmann*.

Mit dem Abgange von *Martini*, 1872, zog sich Leubus mehr auf sich und seine Provinz zurück. Es suchte und fand Fühlung mit der Universität, mit den Aerzten der Provinz, es bildete sich der Verein der Irrenärzte Schlesiens; es wurde der psychiatrisch-klinische Cursus eingeführt und der Hilfsverein für entlassene Geisteskranke gegründet. Die Anstalt erhielt ein Eishaus, ein Sections- und Leichenhaus, ein Oderbadebassin und in ihr wurde die freie Behandlung auf dem Grundsatze der Arbeit als Heilmittel ein- und durchgeführt, dem Wartpersonal eine gewissermaassen humanere Stellung erobert.

Seit dem Bestehen der Anstalt wirkten an derselben 42 Aerzte, seit dem Bestehen des Cursus 1874 nahmen an demselben Theil 24 Personen.

Das Kloster, in dessen Conventsgebäude sich die öffentliche Heilanstalt, in dessen Prälatur die Pension sich befindet, wurde der Sage nach von Casimir I. von Polen gegründet im 11. Jahrh., 1175 von Boleslaus dem Langen mit Cisterziensern aus Schulpforte besetzt; 1432 wurde es von Hussiten zerstört, 1632 von den Schweden arg verwüstet und kaum nothdürftig reparirt, durch einen Blitzstrahl eingeäschert. In seiner jetzigen Gestalt wurde es bis zum J. 1739 im wesentlichen vollendet, im J. 1813 diente es als Kriegslazareth.

Seine Verhältnisse sind ebenso harmonisch als kolossal, seine Westfront ohne Kirche ist 200,5 M., seine Nordfront 120 M. lang, die einzelnen Zimmer und Säle sämmtlich gewölbt, 6,50—5,41 M. hoch, 8,00 M. tief, an der Innenseite laufen überall gewölbte, 6,5—5,5 hohe, 4,5 M. tiefe Corridore, die Fensternischen nicht gerechnet, welche 1,50—2,00 M. tief, 2,00 M. breit, 4—4,5 hoch sind, der Kranke hat in den gewölbten Zimmern rund 150 bis 200 Km., in den mit geraden, eingezogenen Decken rund 120,0 Km. Luftraum. Der Rauminhalt beträgt für Kranke in der öffentlichen Anstalt 22117 Km., in der Pension 22379 Km., der Bodenflächenraum 4629,0 bez. 4789 Qum. Diese gewaltigen Raumverhältnisse erhöhen bedeutend die Unterhaltungskosten und die Ausgabe für Heizung, darum erscheinen die Unterhaltungskosten für unsere Kranken ausserordentlich hoch. Berücksichtigt man indess den Zweck der Anstaltheilung, die bessere und wechselndere Kost — acute Kranke —, den Mangel an Auslagen für Errichtung des Gebäudes selbst, so wird man diese Ausgaben verstehen und sie verhältnissmässig nicht höher finden. Die Verwaltung ist sogar billiger, die Kosten dafür betrugen auf die behandelten Kranken berechnet, den Pensionär gleich 3 öffentlichen Kranken gesetzt, auf den Kopf im J. 1878 in

Brieg	Plagwitz	Bunzlau	Creuzburg	Leubus	
				Oeffentl. Anstalt	Pens. Anstalt
30,67	24,66	15,00	21,26	13,70	23,1
				20,0.	

Die Kost betrug 50,59 Pf. auf den Tag, die Unterhaltung der Baulichkeiten 67,94 M. auf den Kopf bei 356 behandelten Kranken, die Heizung 0,63 M. auf den Km., 89,83 M. auf den Kopf, der Kranke kostete in der I. Classe 693,32 M., in der II. 691,37 M. (Pension: 0,28 auf Km., 142,09 auf den Kopf).

Es fand eine stete Steigerung der Aufnahmen statt. Die Anstalt, anfänglich nur auf 55 M. und 45 Fr. eingerichtet, wurde 1845 auf 60 M. und 50 Fr., 1854 auf je 60 M. und Fr., 1874 auf je 70, 1879 auf je 80 Kranke erweitert und genügt auch jetzt noch nicht dem Bedürfniss. Eine stete vordringende Zunahme der Frauen ist vorhanden, welche in letzter Zeit relativ früher eintreten, als die Männer. Sie häufen sich aber gern an, sie brauchen längere Zeit zu genesen, länger um umheilbar so zu sagen zu werden. Diese Zunahme der Kranken hängt nur zum Theil ab von der Zunahme der Bevölkerung, also der Zunahme der Kranken; sie ist wesentlich die Folge der wirthschaftlichen, der kulturellen Verhältnisse, welche der Familie nicht Raum, Kräfte und Zeit lassen, die Kranken bei sich zu behalten; sie hängt noch mehr ab von der Leichtigkeit und Billigkeit, die Kranken einer Anstalt zu übergeben.

War die Aufnahme im Jahre 1868 vorübergehend eine hohe: 82 M., 91 Fr. (173) und sank sie conform dem Jahre 1866 in den Kriegsjahren 1870/71 herab auf 121 bez. 136, so stieg sie mit der Uebertragung der Aufnahmebefugnisse auf die Direction 1874, 1875 und 1876 auf 208, 257,

264, um sofort wieder zu sinken, sobald mit dem neuen Irrenreglement das mit Mühe beseitigte alte bureaukratisirte, bes. centralisirte Aufnahmeverfahren wieder erstanden war. Die üblen Folgen blieben nicht aus: es ist seitdem erheblich die Zahl der frischen Fälle gesunken und die Dauer der Behandlung der Genesenen gestiegen, diese also auch theurer geworden. Die genesenen

Männer brauchten	1877 275	1878 305	1879 342	Tage,
Frauen „	„ 313	„ 370	„ 348	„

Es sinkt aber auch merklich die Zahl der genesenen und gebesserten: dauerte es früher Tage, geschah Anmeldung und Einberufung telegraphisch, waren die Anforderungen an die Kasse der behandelten mässig, so braucht jetzt das Einberufungsverfahren Wochen- bis Monatsfrist und wird die Beitragspflicht der Familie auf's äusserste angespannt. Ohne jede Vertretung aber sind die Aerste ohnmächtig und seitdem das Wort der Heilbarkeit und Unheilbarkeit, der sogen. gemischten Anstalten wieder lärmend aufgerührt und bis zu der Spitze geführt ist, wie die Irren dazu kämen, dass die Provinz für sie sorge, hat man die Frage verschoben und vergessen, dass die erste Sorge den acut erkrankten gebührt, nicht den chronischen. Zweck muss es sein und Aufgabe, die Zahl der im Leben wieder brauchbaren zu mehren, die Zahl der ungeheilten und unheilbaren zu mindern, so nur entlasten wir das Irren-Budget und die Armenpflege. Ermöglichen wir die Frühaufnahme und erleichtern wir die Verpflegung in der Heilanstalt, nur dann werden wir bei augenblicklichen provinzialen Zuschüssen die Landarmenpflege vermeiden und das 2—3 fache ersparen. Verkehrt ist es geradezu, nur für die gemeingefährlichen sorgen zu wollen und auf diese abschüssige Bahn gleitet die jetzige Modebehandlung in sogen. Colonien, die aufhören Krankenhäuser zu sein, und zu Arbeitshäusern herabsinken.

Leubus hat von 1830 bis Ende 1879 in der öffentlichen Anstalt aufgenommen 6506 (3338 M. 3168 W.), davon entlassen genesen 2165 (1103 M. 1062 W.), gebessert 793 (393 M. 400 W.), ungeheilt 2516 (1266 M. 1250 W.), es starben 876 (501 M. 375 W.). — Erblich belastet waren 26% und zwar von Evangelischen 28%, von Katholischen 24%, von Juden 47%.

Aus den Berechnungen über den Einfluss der Dauer der Krankheit auf die Genesung ersehen wir, wie Recht ich hatte, als ich bereits 1875 den Satz aufstellte, die Behandlung der Geisteskranken in der Anstalt kürzt die Dauer der Krankheit bei Genesenen, und als ich auf die nationalökonomische Wichtigkeit dieser Thatsache hinwies. Es genasen von denen, die vor der Aufnahme bis 1 Monat krank waren, 44,4%, von 1—3 Monat 31%, von 3—6 Monat 18%, von 6—12 Monat 13,5%, über 12 Monate 5%.

Die Listen zeigen weiter, es wächst stetig die Zahl der aus den Landgemeinden aufgenommenen, die aus den Städten tritt nicht zurück, die Städte haben aber c. 1/4 Aufnahmen mehr als das Land.

Dem Civilstande nach überwiegen in der Aufnahme bei den Männern

die ledigen, bei den Frauen die verheiratheten im Vergleiche zur Gesammtbevölkerung, die Classe der verwittweten und geschiedenen bei den Männern um das 2, bei den Frauen um das 3fache als das Verhältniss gestattete. Die Ehe als solche dürfte daher kein Sicherheitshafen für das Irrsein sein. Auch das Lebensalter giebt uns hierfür keine Erklärung. Wir finden aber die bemerkenswerthe Erscheinung, dass von den thatsächlich vorhandenen Irren in der Aufnahme die Verheiratheten in beiden Geschlechtern die Mehrzahl bilden, 1870 wenigstens bildeten.

Die Zeit der ersten Erkrankung fällt nicht zusammen mit dem entsprechenden Lebensalter der Bevölkerung überhaupt, dies trifft nur das Jahrfünft 1826/30; für die Mehrzahl der Erkrankten liegt es ein Jahrzehnt höher in dem zwischen 31 und 40 Jahren für beide Geschlechter, also in den Jahren der vollen Blüthe und Manneskraft.

Es sind die Erblichkeitsverhältnisse nach 3 Richtungen hin dargestellt — sie bedürfen keines Commentars, hinzufügen will ich nur, dass die Erblichkeitsverhältnisse eine immer grössere Breite gewinnen, indem ihre Kenntniss immer mehr wächst.

Fragen wir nun nach den besonderen Ursachen des Irrseins, so finden wir als Hauptgelegenheitsursachen in den letzten Jahren angegeben:

bei Männern Trunk und Ueberanstrengung,

bei Frauen Aenderung im Geschlechtsleben und Gemüthserschütterung — immer aber wieder Elend und Noth, das Elend in allen Gestalten.

Leibliche Ueberanstrengung ohne genügende Nahrung zwingt den Menschen sein eigen Blut zu verzehren; seine Muskeln werden eiweissarm und wasserreich, die Leistungsfähigkeit sinkt immer mehr, der Erwerbsertrag wird immer geringer und das Elend um so vernichtender, greift der Hungernde zur Flasche, um durch Branntwein und Taback das Hungergefühl zu ersticken, zum Kaffee, um sich die Nächte zur Arbeit wach zu erhalten. Die nie schlummernde Angst und Sorge um das Morgen, die Pein, Tag für Tag trotz aller Arbeit bis tief in die Nacht hinein hilflos und ohnmächtig die Entbehrungen der Seinen, den Mangel am nothwendigsten mit ansehen zu müssen, reibt endlich vollends auf.

Jedes leibliche Siechthum, jede langwierige Krankheit erleichtert den Ausbruch der Seelenstörung; obenan steht hier Typhus, Syphilis und Gelenkrheumatismus. Elend, unzureichende Nahrung legt den Grund, wie zur Skrophulose, zu der sogen. activen Sternosität (Anstie), deren Kinder Veitstanz, Epilepsie und Geisteskrankheit sind. In Lungentuberkulose endet die Geistesstörung namentlich wieder bei schlechter Pflege und Luft und es kommen Fälle vor, wo die Seelenstörung die ersten Zeichen der Tuberkulose war, wo die Tuberkulose gleichsam schwieg, während die Psychose verlief, mit dem Schwinden der Störung aber dann als galoppirende Schwindsucht endete. Tuberkulose kommt nicht selten in geisteskranken Familien vor und es lässt sich wohl sagen, zwischen beiden besteht eine Art Verwandtschaftsverhältniss. Ist aber einmal der Körper geschwächt, blutarm, schlecht

genährt, dann können die weitgehendsten Störungen durch Anlässe hervorgerufen werden, welche gesunde Leiber kaum berühren.

Unbemittelte erkranken leichter als reiche — besonders unter dem Drucke des jetzigen gesellschaftlichen Treibens. Viele Familien sind nur im Stande, diesen Stellungs- und Standesanforderungen zu genügen unter bitterster Entsagung zu Hause. Nachtruhe und genügende Nahrung fehlen und trotz alles äusseren Prunks und Scheines die innere Befriedigung. Stirbt dann ja der Mann, der Erhalter der Familie, dann folgt Verlassensein und vermag die Wittwe, sich selbst überlassen, den sich dann ihr stets aufdrängenden Rückerinnerungen gegenüber, zumal erblich belastet, nicht aufrecht zu erhalten, so bricht Irrsein herein, gern unter der Form der Verfolgungs-Grössen-Verrücktheit.

Geistige Ueberanstrengung ohne genügende Nahrung und Nachtruhe, ohne passende Abwechselung führt ebenso, nur directer, durch Gehirnerschöpfung zum Irrsein und um so schneller sind Gemüthsreize, Ehrgeiz, Neid, Enttäuschung. Gleichzeitig sucht der betreffende durch Wein, Kaffee und andere Reizmittel seine erlahmende Leistungskraft aufzustacheln, reicht seine Begabung überhaupt nicht aus für seine Stelle, die Ausdehnung seines Geschäfts. Hier ist besonders der armen Kinderlehrerinnen und Gouvernanten zu gedenken und dürfte es eine Pflicht der Medicinalpolizei sein, die Anstalten, in denen diese ausgebildet werden, insonderheit auch nach Art und Menge der Kost streng zu überwachen. Der Kranke wird reizbar und erregt, schläft schlecht, traumgestört oder gar nicht; nichts ist ihm, nichts geschieht ihm recht; lästiges Hautjucken stellt sich ein, Zerstreutheit und Arbeitsunlust, das Gedächtniss schwindet, tiefe Niedergeschlagenheit bemächtigt sich des Kranken, trübsinnige Abspannung wechselnd mit überhastigen Stürmen in die Arbeit; Namen, bestimmte Worte wollen sich nicht zur Verfügung stellen, der Kranke geräth in Unruhe und Angst, bis er sie gefunden; andere zeigen sich von vornherein reizloser, sie werden nachlässig, unverständig, schwachköpfig, zuletzt versagt die Leistungskraft ganz, die Auffassung wird schwieriger, erlischt völlig. Der Kopf schmerzt und summt. Wallungszustände stellen sich ein mit Schwere im Kopfe, Verdunkelung des Gesichtsfeldes; Gefühl von Leere und Schwindel mit Unbesinnlichkeit, mit Mattigkeit, mit Anfällen von Mattigkeit, die Ohren sausen, die Sinne täuschen — Gesicht und Glieder zucken — eine Eisenbahnfahrt, ein heftiger Aerger, Einwirkung hoher Hitze erzeugt dann bisweilen acuten Ausbruch. Meist verläuft die Störung chronischer, dann zeigen sich wohl Jahre lang Kopfschmerz, Migraine, Schwindel. Die Männer gehen in ihrem Geschäft langsam rückwärts, ihre Leistungen, ihre Ueberblicke, ihre Kräfte schwinden; Speculationen missglücken, grosse Vermögen verlieren sich unter ihren Händen. Die einen fühlen diese Geistesabnahme, sie werden tief traurig und enden mit Selbstmord, dies sind die oft sogen. plötzlichen Todesfälle unserer Zeitungen, insonderheit bei beurlaubten; Gliederschwäche, Magencatarrh, Hämorrhoiden, Kolikanfälle, Verstopfung oder Durchfall, Ver-

dauungsstörungen folgen. Jetzt werden stärkende Kuren eingeschlagen, Entziehungskuren (Marienbad), reisende (Cudowa, Seebad) oder warme Bäder (Warmbrunn, Landeck, Teplitz) besucht, Zerstreuungen und Reizmittel beliebt, alles auf den Rath weiser Leute, die mit ihren Erfahrungen und Krankheitsgeschichten bei der Hand sind. Der Schluss ist dann Tobsucht oder Blödsinn mit Lähmung.

Der an der Nähmaschine, in der Fabrik, in dem Bureau, am Schalter zur einseitigen, mechanischen, eintönigen und darum geistestödtenden Arbeit Verurtheilte greift abgespannt, mürbe, gebrochen von dem überlangen Arbeitstage, zumal ist wie zumeist schlechte Nahrung gleichzeitig, zur Flasche. Diese Menschen bedürfen der Auffrischung; der Alkohol im Bier, im Branntwein verleiht ihm neue Spannkraft, neuen Lebensmuth, neue Arbeit, neue Ermüdung, neues Bedürfniss, bis endlich *(Niemeyer)* der überheizte Kessel springt.

Die Nähterin sitzt in ununterbrochenem Tagedienste vor Festen bis in die Nacht hinein an der Maschine — eine einzige Ballnacht zwang die Kammerzofe für die Gebieterin Tag und Nacht an die Nähmaschine, sie brach zusammen und war gestört — die Krümmung beim Sitzen knickt Arterien und Venen, das Athmen erfolgt oberflächlich, das Unterleibsvenenblut wird nicht voll in die Lungen geführt und gelüftet; der Verdienst dabei ist gering, Semmel und Kaffee, Cichorien, ausgekochtes Suppenfleisch die Nahrung, Blutstauungen in den Lungen, Blutspucken, Nasenbluten, Herzklopfen, Kropf, Glotzaugen sind die Folgen. Wallungen nach dem Gehirn, Brennen und Hitze im Kopfe, dicker schwerer rother Kopf stellen sich ein, der ganze Körper wird wie zerschlagen gefühlt, die Muskeln bleiben übermüdet, die Haltung gebückt und gebrochen, alles schmerzt und wird eigenthümlich empfunden — das sind die rheumatischen (Muskel-) Schmerzen, über die so viele von unsern Kranken klagen und die in unsern Krankheitsgeschichten eine so grosse Rolle spielen.

Die ererbte oder erworbene Anlage, die individuelle Constitution steht obenan bei allen Ursachen, sei es dass sie an und für sich genügte, Irrsein zu erzeugen. Dieses ist dann gleichsam erst die völlige Entwickelung der Eigenart des Individuums, sei es dass es besonderer Anlässe dazu bedurfte, physiologischer wie Entwickelung, Wechseljahre, pathologischer, wie fieberhafte Erkrankung oder sonst gelegentlicher und dann oft recht unbedeutender Gelegenheiten. Da ist es dann in erster Reihe das sogen. irrsinnige Temperament, die Neigung zu Kopfschmerzen und Migraine, das reizbare, überempfindliche, leicht verwundbare, durch jeden gemüthlichen Eindruck zum Extrem treibende Wesen, die leichte Ermüdbarkeit und Erschöpfbarkeit, die Widerstandslosigkeit gegen Anreize, die geschlechtliche Frühreife oder Garnichtreife, die Neigung zu Onanie, zu Heftigkeit bis zu Wuthausbrüchen, bis zum Bewusstseinsverluste, der Mangel an Ehrgefühl, an Verständniss für Ordnung und Sitte. — Hierher gehören insbesondere die unsteten querulirenden nirgends aushaltenden Männer, die es zu nichts

bringen, die verletzlich von Jugend an sich überall zurückgesetzt und benachtheiligt wähnen, die über alles reflectirend alles beargwöhnen und daher nie zum Gefühle des Wohlwollens gelangen; die von sich selbst übereingenommen, voll „bubenhafter Selbstgefälligkeit" und von maassloser Selbstüberschätzung geschwellt, von Eigennutz und Egoismus verzehrt unendlich rücksichtsvoll gegen sich, ohne Maass rücksichtslos gegen andere nur ihr Belieben als Norm anerkennen und nur von sich dem „berühmten und gescheiten" reden; wer sie unterstützt, ist ihr Freund; wer dies versagt, ihr Feind; intriguiren, processiren, queruliren, heucheln ist ihnen Bedürfniss, religiöser und politischer Fanatismus gewöhnlich.

Diese Menschenklasse wird besonders an die Oberfläche geworfen in den Zeiten rückläufiger Bewegung, socialer Gährung. Dann bemächtigen sie sich gleichsam des die Volksseelen im Innersten beherrschenden Gedankens, der die Volksseele in ihren heiligsten Gefühlen aufrührenden Befürchtungen und wissen sie sich mit der Gewandtheit des bestechenden Wortes und der kühnen, ja frechen Sicherheit ihres dreisten Auftretens zum Herrn der Lage zu machen oder diese mit unermüdlicher Consequenz auszubeuten, denn nur dem kühnsten, verwogensten, rücksichtslosesten und gewaltthätigsten gehört die Menge. Corpsführer der Umsturzbewegung von 1848, Agitatoren der Jetztzeit waren in unserer Anstalt; Irrsinnige bewegen sich in allen Gesellschaften; wir leben mitten unter ihnen und gerade „diese irrsinnigen Geister üben einen fascinirenden Einfluss aus auf Gesunde". Begegnen wir nicht in unserm öffentlichen Leben diesem krankhaften Zuge, der ganz nach Art räsonnirender Verrückter zu einem Beschuldigungs- und Denuncianten-Taumel ausartet und in Interessengruppen aufzugehen droht, häuft sich nicht in unsern Tagen das rechthaberische, verläumderische, sensationsbedürftige, räsonnirende Irrsein? und die Sucht durch eine verrückte That von sich reden zu machen?

Hierher gehören auch jene Kranken, welche, was Juristen und Laien so oft vergessen, die Fähigkeit besitzen, für ihre verkehrten, ihre zweckwidrigen Handlungen, ihre Ausschreitungen ganz natürliche oft überraschende Erklärungen zu geben; diese Kranken nennen sich stets schuldlos, andere sind allein schuldig, sie sind verkannt, misshandelt, von andern missleitet; die Kranken imponiren Laien durch ihre nüchterne Philosophie, ihr frommes Gebahren, ihre salbungsvollen Reden; diese Kranken verstehen einen Schmerz zu heucheln, eine Theilnahme für den von andern ihnen bereiteten Schmerz zu erschleichen, den sie angeblich empfunden. Sie sind trotzdem gemüth- und herzlos, ihre Denk-, Fühl- und Handlungsweise ist verschroben, verschieden von dem der gesunden oder dem ihrer gesunden Tage.

Die andere Klasse vermeintlich gesunder, vielleicht noch gefährlicherer und einflussreicherer Menschen ist die mit epileptischer Anlage. So grossartig diese wirken kann bei bestimmten Individuen, so zweifellos die eiserne Thatkraft und das folgerechte Wollen ihr eigen ist, so wunderbar

die Kraftentwickelung eines Cäsar, Mahomed, Peter und Napoleon, so gewaltig die Gestaltungskraft eines Newton, Pascal oder Molière unter ihrem Einflusse war, so merkwürdig ihre ungemeine Einbildungskraft und die Aehnlichkeit ihrer Visionen mit denen eines Swedenberg, Mahomed, Pius und anderer ist, welche den Inhalt späterer religiöser Dogmen bilden — ebenso schlimm ist gerade durch diese Verquickung mit religiösen Ueberhebungsvorstellungen ihre Wirkung auf die sittliche Sphäre bes. bei gleichzeitiger geschlechtlicher Erregung. Religiöse Inbrunst, Wollust und Grausamkeit verbinden sich gern. Ihrer krankhaften Einbildungskraft entfliessen wohl zweifellos die Schauerromane der Neuzeit, die fast sämmtlich eine Leistung von Damen sind. Zu ihnen gehört eine Reihe von Hypochondern, die, im Vollbesitze ihrer Geisteskräfte, selbst beliebte Gesellschafter, tüchtige Geschäftsleute, das Leben in der Familie sich und den Ihrigen zu einem Martyrium gestalten. Selbstquälerisch, grüblerisch, von jäh wechselnder Stimmung, die Reizbarkeit selbst, bleiben sie unfähig, sagt *Sander*, sich in gegebene Verhältnisse aufrichtig und loyal zu schicken und halten hartnäckig fest an eigenen Ideen und Absichten; zu ihnen gehört jene grosse Klasse bes. alter Jungfern, welche nach *Samt*'s drastischen Worten „den lieben Gott auf den Lippen, das Gebetbuch in der Tasche, die Canaillerie im ganzen Leibe“ haben.

Die dritte Klasse führt uns zu den sogen. Frommen, die unter der Hand des Priesters, unter dem Missbrauche der Religion und ihrer besonderen Form, der Kirche, ihr eigen Selbst eingebüsst haben. Das sind die schwachen Gemüther, aus denen der Fanatismus brauchbare willenlose Werkzeuge zu machen versteht. Diese sind entweder bornirt beschränkt, oder überaus zarte, ethisch besonders fein empfindende Seelen, durch Krankheit reizbar gemachte Naturen. Ueberpeinlich gewissenhaft, im Leben oft wegen ihrer feinfühligen Zartheit geachtet, wegen ihres Witzes und Verstandes gesucht, machen sie sich nichts recht. Gerathen sie in falsche Hände und geben sie sich ihren Vorstellungen hin, greifen sie gar zur Gewissensprüfung durch Askese und Selbstbeschauung, dann werden diese „Erweckungen“ sehr bald enden in Tobsucht, Selbstmord und Irrsein, wenn sich nicht ein entschlussloser Zustand zuletzt herausbildet, unter dem sie haltlos umherschwanken, und nicht die einfachste That aus Gewissensbedenken wagen, und in fatalistischer Aufgebung jeder Willensmeinung auf die Eingebung von oben (*Pelman*), auf die Entscheidung des befragten „Geistes“ (*Schüle*) lauschen. So häufen sie Unterlassungen auf Unterlassungen und werden die Beute irgend eines gewissenlosen Menschen. So werden manche Testamente verständlicher. Am verderblichsten wirkt diese Richtung, gesellt sich zum religiösen Fanatismus die Trunksucht, die vielleicht ergiebigste Quelle des Irrseins und der Selbstmorde, der Rohheit, der sittlichen Verkommenheit und Verdummung. Dies zeigen Schottland, Oberschlesien und Irland. Diese religiöse Schwärmerei liegt vielleicht im normalen Entwickelungsgange des Mädchens. So finden wir dieses Feuer bei Mädchen, die vor der Ver-

Verheirathung für Christus und die männlichen Heiligen geschwärmt, nach der Ehe gedämpft zu einem wohlthätig erwärmenden, alles veredelnden Gefühle.

Der Mensch ist seiner Natur nach ein Erzeugniss seiner Umgebung; seine ererbte Anlage, seine Erziehung, seine äusseren Verhältnisse und Lebensschicksale machen ihn zu dem, was er ist, oder wird. Nicht was er besitzt ist auch in geistiger Hinsicht für ihn maassgebend, sondern wie er das, was er besitzt, ererbt, erwirbt, verwendet, wie er sich, seine Natur den Einwirkungen um ihn, den Lebensbeziehungen, in die er geführt wird, anzupassen, seine Lebenserfahrungen sich anzueignen vermag. Darum unterliegt auch die Mehrzahl nicht eigner Schuld, sondern elementaren unabwendbaren Gewalten, ihm gelingt (*Humboldt*) eben nicht, worin das Leben besteht, die Gleichung seiner Bedingungen. Diese Kranken erliegen ihrem Verhängniss, dem Fluche ihrer Geburt, den Ueberlieferungen ihres Standes, der Sitte ihrer Tage, den Schädlichkeiten ihres Berufs und Tagewerkes. In der mangelhaften, fehlerhaften Entwickelung liegt daher der Hauptgrund des Irrseins; in dem Missverhältniss zwischen leiblicher, geistiger und sittlicher Volksbildung seine Wiege; in den verkehrten Anschauungen und Gewohnheiten der Gesellschaften sein Erscheinen. Auflehnung gegen die sittliche Ordnung führt in's Irrenhaus und Zuchthaus; der Wahn der Irren legt sich alle möglichen Eigenschaften im Superlativ bei, nie aber edelste Eigenschaften und höhere Tugenden. Die geisteskranke Frau ist kinderlos trotz mehrfacher Ehe; sie gebärt wenig Kinder oder diese sterben früh an Krämpfen, an Hirnleiden oder sind elend und missgestaltet. Die erblich belasteten Familien treiben der Entartung zu und diese ist immer geistiger oder sittlicher Blödsinn. Moralische Verkehrtheit und Verbrecherthum ist darum nicht eins; der Irre mordet, schändet, brandstiftet, weil er dieses für erlaubt hält und ihm jedes Gefühl für Recht und Sittlichkeit abgeht, der Verbrecher trotz besseren Wissens, trotz der Erkenntniss des Strafbaren seines Handelns.

Diesem Verfalle steuern und die ererbte Anlage tilgen, ausgleichen, unschädlich machen — dies vermögen wir in einem gewissen Grade; wir können die Entwickelung des erblich Veranlagten leiten; wir vermögen ihn zu erziehen, wenn auch unsere Einwirkung an die Grenzen der Entwickelbarkeit des persönlichen Organismus gebunden ist; nur gegen die eingetretene Entartung sind wir ohnmächtig. Der Erziehung, sagt *Burdach*, verdanken wir weit mehr als unserer Geburt.

Wie traurig ist es aber mit dieser Erziehung bestellt.

Nur das Thier überkommt mit der Geburt alle seine geistigen Fähigkeiten, bei dem Menschen müssen sie erst langsam und mühevoll entwickelt werden; wie er gehen und sprechen lernen muss, so muss er auch denken lernen; dieses richtig zu thun, ist aber so schwer, dass wohl die meisten sterben, ehe sie es gelernt, ehe sie nur den Versuch dazu gemacht haben, und eine geistige Unselbstständigkeit, eine Unfähigkeit zur Kritik

bleibt, die sie zum willenlosen Werkzeuge jedes Treibens macht. Die Waise wächst sich selbst überlassen auf, der Uneheliche unter dem Alpe des Verachtetseins in Hunger und Elend; das Kind sieht alle Tage die Rohheit, den Zank der Eltern, die Misshandlungen der Mutter vom betrunkenen Vater, es sieht und lernt bald sehen, wie die Mutter den Vater hintergeht; die vornehme Dame führt die 14jährige Tochter auf Bälle und mit 18 Jahren ist diese welk und blasirt. Statt die Seele der Jugend mit Gedanken des Schönen und Guten zu nähren und sie an diese zu gewöhnen — die innere Welt des Kindes wird im Erwachsenen Wirklichkeit — statt dessen wird dem äusseren Scheine, der Wirkung vor dem wahren Gehalte, der Vorzug gegeben, Selbstbeherrschung, Regelung des Denkens und Fühlens und Handelns durch einen geordneten Willen nirgends gelehrt, noch weniger geübt, Knaben und bes. Mädchen mit einem Ballaste und Flitterstaate von todtem Wissen überladen und auf die kurze Schulzeit das Lernen beschränkt, das doch erst recht eigentlich Mannesarbeit sein müsste. Emanzipationsgelüste werden genährt, frühreifes, vorlautes Wesen, unweibliches Gebahren mit Wohlbehagen betrachtet, Genusssucht, Gefallsucht eingeprägt und der Grund gelegt zu dem künftigen Ruine des einstigen Mannes durch die schrankenlosen Bedürfnisse der gedankenlosen Frau. Steuert man hier nicht der Neigung des Kindes, unmittelbar, ohne von Urtheil und Selbstherrschaft geleitet zu werden, in Affect umzuschlagen, die bis zur Bewegungsentladung in Krämpfen ausarten kann; steuert man nicht der Ueberverwundbarkeit des Gefühls, welche ein geringstes Hinderniss zu Wuthausbrüchen reizen kann — so ist man fast noch verkehrter in der Wahl der Kleidung, der Art der Ernährung und der Methode des Unterrichts. Die Kleidung hemmt die Entwickelung der Athemorgane, erzeugt Congestionen zum Kopfe, verschuldet Scheidenkatarrhe und Gebärmutterleiden. Der Frühgenuss von Kaffee, Thee, von Taback, Wein und Branntwein wirkt verdauungsstörend, nerven- und hirnüberreizend, hemmt die Entwickelung des Kindes in seinem Wachsthum; die Speisung mit ungesunder Lectüre erfüllt die Phantasie mit krankhaften Bildern und einem Sinnenkitzel, der vorzeitig geschlechtliche Reizung entzündet und um so vergiftender wird sie unter dem Dufte religiösen Weihrauchs gereicht. Früh erschöpft, stetig dem Gefühle der Schwäche und des Unwohlseins unterworfen, ändern dann unsere Frauen und Mädchen nicht etwa ihr Leben, nein sie greifen zu Reizmitteln, zu Beruhigungsmitteln, unter denen Chloral, Opiumtropfen, die Morphiumspritze und Spirituosen keine geringe Rolle spielen und werden zuletzt irre oder trunksüchtig.

Man stiehlt dem Kinde seine Kindheit und das französische Bonnen- und Gouvernantenthum vernichtet alles individuell angelegte, schöner eigenartiger Entwickelung zustrebende. Die Sprache ist das lebendige in Worte übersetzte Volksbewusstsein. Jedes Volk hat seine eigene Denkweise und darum hat die eigene Sprache allein die richtigen Laute und Bezeichnungen für die junge Seele und den werdenden Geist. Entzieht man ihm diese, so

wirft man in das kindliche Gemüth einen Zwiespalt und raubt ihm den gebührenden Boden zu seinem menschlichen Wachsthume. Man werfe mir nicht ein, die Missionarkinder erlernen ungestraft zugleich die Sprache der Wilden; dies ist aber keine Culturspraehe und niemals verkehrt die Mutter in der Sprache der Wilden mit dem Kinde.

Eine entsetzliche geistige Oede und sittliche Leere ist dann nicht selten die Signatur der Jungfrau, mit Verbildung, Enttäuschung und dem Gefühle bittersten angethanen Unrechts. Psychische Entartungszustände, abnorme Gefühle und Strebungen bei scheinbar unversehrtem Verstande mit einem bemerkenswerthen unsittlichen Inhalte, mit einem ausgeprägten räsonnirendem Anstriche und eigenthümlichem, instinctivem, triebartigem Handeln sind dann ihnen eigen; das Irrsein bildet das Ende des fortschreitenden Niederganges und ist nur ein abschliessender Entwickelungszustand.

Arbeiten hat diese Art nicht gelernt (gehört doch zum Tone die Verachtung des bürgerlichen Erwerbes); inneren Halt haben sie nie gehabt, denn all ihr Wesen war auf äusseren Schein berechnet in hohler Form untergegangen. Für ein krankes Herz, eine leidende Seele giebt es aber kein besseres Heilmittel als Thätigkeit, nicht einseitige, denn diese ist vom Uebel und für das Leben keine sicherndere Vorbereitung als allgemeine geistige Bildung, eine Schulung des Geistes, eine, so zu sagen, Auswirkung desselben.

Wie ist es aber mit dieser bestellt? Da finden wir eine rastlose Anspannung der Kräfte mit äusserster Zersplitterung, rasch auflodernde aber ebenso schnell verlöschende Meteore und frühzeitiges Invalidenthum. Die übergrosse Specialisirung in der Wissenschaft ist ebenso gefährlich, wie die in der Handwirkung. Das blosse Erlernen abstracten Wissens führt nur zu leicht zu Missgunst, Ueberhebung und einseitiger Verachtung alles rein menschlichen. Nicht das Wissen als solches darf daher der Zweck sein, sondern das selbstständige Handeln, dies verlangte schon *W. von Humboldt.*

Schon von Kindheit an muss der Mensch gewöhnt und geübt werden, sittlich zu wollen, und lernen, sich einem höheren Willen unterordnen; er darf nicht blos schwachmüthig dem Genusse stets zugeführt werden, sondern auch der Entsagung, der Entsagung aus freiem Entschlusse; ihm muss die Achtung vor dem Pflichtgebote als solchem eingelebt werden, und er nicht die Erfüllung der Pflicht abhängig machen von der Erwägung des Nutzens. Bildung des Charakters ist Aufgabe der Erziehung; darum muss der Schul-Unterricht individueller, müssen seine Anforderungen geringer, sein System ein anderes werden; dies schwächt leiblich durch die Ueberbürdung, begünstigt indirect den schlimmsten Feind der Charakterbildung, die Onanie, wirkt verderblich durch die Plage des Ehrgeizes und der Eitelkeit mittelst der Wettstreitsarbeiten. Die Beschäftigung mit zu viel Fächern, Arbeit bis in die Nacht hinein, erzeugt lediglich Uebermüdung des Hirns, und keine Bereicherung des Wissens, sondern nur Verwirrung und Erschöpfung. Ein steter dumpfer Kopfschmerz, Reizbarkeit, Arbeitsunlust und

-unfähigkeit, Kleinlichkeitshang, abnorme Sensationen im Körper mit hypochondrischer Verstimmung und Deutung sind die Folge. Zwangsvorstellungen meist widerwärtigen Inhalts, Berührungsfurcht, aufsteigende Hitze, der sich allmälig Vorstellungen anschliessen, Klingen vor den Ohren, isolirte Gehörstäuschungen leiten nicht selten die eigentlichen Störungen, die sich als selbstmordsüchtige Melancholie mit Stupor und Tobsucht, als moralisches Irrsein im melancholischen oder maniatischen oder einem die beiden Formen ablösenden Gewande zeigt.

Künftige Selbstständigkeit des einzelnen im Leben und Beruf, Bildung der Persönlichkeit, Vereinigung von Wissen und Handeln, Ausstattung mit festen Begriffen, nicht blos mit Ansichten war daher Devise in Schulpforte. Von Schulpforte wurde Kloster Leubus neu begründet, in Schulpforte genossen ihre Bildung die beiden ersten Directoren hiesiger Anstalt. Das wie, die Anstrengung ist mehr werth, als das Ergebniss desselben, das was. Diese Entwickelung von Charakter, diese Uebung in Ueberwindung von Schwierigkeiten, in Verwindung von Unannehmlichkeiten ist besonders noth bei erblich Veranlagten. Vergessen wir doch nie, das Leben ist eine Kette von Entsagungen und Enttäuschungen, eine Arbeit, kein Kinderspiel und die verkehrten Triebe, Neigungen und Begierden bei Irren sind oft nichts als Steigerungen der im Kinde nicht unterdrückten schlechten Angewohnheiten, eine Folge seiner sittlichen Verwahrlosung.

Für ein krankes Gemüth giebt es zweifellos nur ein Heilmittel, Thätigkeit, aber einseitige geistige Beschäftigung ist keine geistige Bildung. Diese besteht nur in einer harmonischen Ausbildung des Geistes und Herzens, eines hält und soll halten dem anderen die Waage. Dies wird unserem Verständniss um so näher treten, bedenken wir, dass der Jetztzeit Aufgabe und Anforderung dem Mann den Kampf des Geistes, der Frau den Kampf des Herzens nicht erspart und nur zu oft beide dieser Ueberbürdung erliegen. Geben wir daher unseren Pflegebefohlenen die einzig sichere Waffe: Ausbildung des Verstandes und Herzens; bewahren wir den werdenden Menschen aber ebenso vor dem einseitigen Ausbilden und Gewährenlassen der Gefühlsseite, und dem Versinken in Gefühlsschwärmerei, schaffen wir ihm eine Herrschaft seines Verstandes über den Stoff nicht blos, sondern auch über sein Gefühl, und damit er diese Herrschaft sich erhalte, geben wir ihm eine feste Unterlage, diese gewährt aber nur die Religion, denn die Religion ist ein Gefühls-, ein Gemütsbedürfniss für den Menschen. Darum spielt der Aberglaube, ihr Afterbruder, der Schutt vergangener Anschauungen und Glaubenslehren, eine so wichtige Rolle im Menschenleben bei der Entstehung und Entwickelung des Irreseins; er wird geradezu gemeingefährlich, wird er zum Hebel der Einwirkung auf die Massen und verkörpert er sich in den Wundererscheinungen. Seine Macht zieht er aus seiner Geburtsstätte, der dem Menschen anhaftenden Sucht nach dem Uebersinnlichen und Unbegreiflichen. Diese beutet aus der Spiritismus, mahnend, welche Züge im menschlichen Geiste liegen und wo die Religion einzu-

setzen hätte, um in Erfüllung ihrer hohen Aufgabe diese Auswüchse zu beseitigen. Alles was den Einblick in das Jenseits, in das Dunkel des Werdens verheisst, alles das wirkt verwirrend, blendend und irre führend — selbst auf stärkste Geister. Dieser menschliche Zug geht durch alle Culturstufen; der Morgenländer verehrt im Verrückten den Heiligen, der Indianer fürchtet in dem ausgebildeten wirren Idioten einen mit geheimen Kräften ausgestatteten, der Schwede fürchtet die Zauberkünste des niedriger stehenden Finnen, dieser wieder die des tiefer stehenden Lappen; der Gebildete unserer Zeit bildet die Kette und lauscht den Offenbarungen eines spiritistischen Schneidergesellen oder dem Geisterrauschen einer Nähmamsell.

So denken die Kranken unserer unteren Stände, werden sie krank, sie sind behext, und lassen sich enthexen, so wähnen sich die anderen besessen, — ihre Geistesbildung zwingt ihnen diese Erklärung ihres Zustandes auf; so werden Träume zum Ausgang des Irrseins, so flüchtet sich in den Traum die während des Tages gefesselte Phantasie, ledig des Zügels der wachen Kritik; so kann die Beschäftigung mit Geistern und Wundererscheinungen, die Thätigkeit als Medium, der Besuch dieser Conventikel nervös-erregt machen, zu Selbstmord treiben, Sinnestäuschungen erzeugen, vorübergehend erst, dann bleibend, und zuletzt in Verrücktheit endend.

In den Gestaltungen des Wahnsinns und seinen Aeusserungen spiegelt sich wieder die Geschichte des einzelnen, die der Gesammtheit; des ganzen Menschengeschlechts Geschichte läuft gewissermaassen ab in dem engen Rahmen des Irrseins, verschiedene Entwickelungsstufen und Sitten verschiedener Zeiten und Völker in seine engen Grenzen zusammendrängend, krankhaft verzerrt das zeigend, was dort natürlich war und zeitgemäss. Das Wogen und Schaffen des Geistes vermögen wir nur zu verstehen — studiren wir die Geschichte seiner anthropologischen Entwickelung. Dr. *Jung.*

Die Blödsinnigen-Anstalt Hephata bei M. Gladbach, *Rheinprovinz*. — Unter den 30—40 deutschen Anstalten für Blödsinnige nimmt die oben genannte nicht allein durch ihre langjährige Erfahrung und die namhafte Anzahl ihrer Zöglinge beider Geschlechter, sondern vor allem durch die erprobte, hochgeschätzte, feinsinnige Leitung ihres Directors, *Barthold*, welcher seine Schule an der Seite eines Arztes einer süddeutschen Anstalt machte, eine ehrenvolle Stelle ein. Für den Ruf Hephatas spricht einerseits das Vertrauen, mit dem auch Angehörige anderer Confessionen einer Anstalt von ausgeprägt evangelischem Charakter, in einer vorwiegend katholischen Gegend und Provinz, in der der confessionelle Gegensatz reger wie anderswo ist, ihre unglücklichen Kinder anvertrauen trotz erhöhter Taxen, andererseits, dass soweit die deutsche Zunge klingt, auch vom Ausland her Zuflucht zu ihr gesucht wird. Bei unserem letzten Besuche im Spätsommer vor. Js. war eben ein Kind aus Tiflis am Kaukasus, ein anderes aus Cali-

fornien zugebracht worden. In den 20 Jahren ihres nunmehrigen Bestandes hat die Anstalt 528 Kinder aufgenommen und mehr als 700 abweisen müssen. Denn die Aufgabe, welche sie sich zunächst gestellt: „Bildungsfähige blödsinnige Kinder durch eine möglichste Ausbildung ihrer noch vorhandenen geistigen und körperlichen Kräfte der bürgerlichen Gesellschaft wiederzugeben, oder sie wenigstens so weit zu cultiviren, dass sie dem Familienleben wieder eingefügt werden können, ohne dass sie dasselbe stören oder zerstören", erforderte die Concentrirung der zu Gebote stehenden Mittel und Kräfte. Daher hat sie an dem Grundsatz festgehalten, nur solche Kinder aufzunehmen, bei welchen noch einigermaassen Hoffnung auf Besserung, auf Weiterentwicklung vorhanden ist.

Das für die Aufnahme erforderliche Alter ist 5—15 Jahre. Die Zöglinge bleiben nur bis zum Alter von 21 Jahren. Gleichwohl hat man sich im Laufe der Zeit genöthigt gesehen, neben diesen jüngeren Altersclassen wenigstens eine kleine Abtheilung als Asyl für ältere männliche Pfleglinge aus den früheren Jahrgängen, welche für das öffentliche Leben nicht reif geworden sind, entstehen zu lassen. Man hat Hephata seines aus irgend welchen Gründen beibehaltenen Titels halber als Heil- und Pflegeanstalt den Vorwurf gemacht, als ob es noch wähne, Blödsinnige heilen zu können. Der Director, der uns gestand, er würde nicht wieder eine derartige Anstalt so bezeichnen, erklärt falschen Erwartungen entgegen im neuesten Jahresbericht über das J. 1879: „Idiotie ist ein bleibender abnormer Zustand, den keine menschliche Kunst und Wissenschaft hinwegnehmen oder heben kann. Immer und immer wieder müssen wir es betonen, dass wir und Niemand einen Idioten heilen, d. h. einen normalen Menschen aus ihm machen kann. Was wir und mit uns alle Idioten-Anstalten können und wollen, ist: Die Reste geistiger Kräfte und Vermögen, die einem Idioten geblieben sind, so weit als möglich weiter zu entwickeln und auszubilden". Hiernach wird denn auch bei der Eintheilung der Insassen die Heilabtheilung nur so verstanden werden dürfen, dass diese die bildungs- oder entwicklungsfähigen Elemente umschliesst.

Der Bestand ist während der letzten Jahre der nämliche geblieben: c. 140. Eine Erweiterung der Zahl steht in Folge Ankaufs eines anstossenden Grundstücks mit aufstehendem Gebäude bevor, in das die Handwerkstätten verlegt sind und in dem das etwas zu erweiternde Asyl seinen Platz finden würde. Durch diesen Ankauf ist das Anstaltsgebiet nun ein hübsches, abgerundetes, frei und luftig längs einer Anhöhe gelegenes Areal von 21 Morgen geworden, mit seinen Gemüse- und Obstgärten und Aeckern, gekrönt von dem compacten stattlichen Bau der Anstalt selber und ihrem dahinter liegenden Wäldchen.

Nächst sorgfältiger diätetischer Pflege der Kinder in der trefflich eingerichteten Anstalt regelmässigen Waschungen und Bädern, häufigem Aufenthalt in frischer Luft zum Spiel auf dem wohlausgerüsteten Spielplatz und zu anderen gymnastischen Uebungen, ist es die frühzeitige Gewöhnung

an eine bestimmte und geregelte Thätigkeit, in welcher ein Hauptmittel auch ihrer geistigen Entwicklung und Hebung wie sittlichen Förderung geschätzt wird. Die lernfähigen Kinder werden in nicht weniger als 6 Classen und einer Vorschule, wodurch eine sehr individualisirende Behandlung möglich ist, Morgens 3 Stunden mit $^1/_2$ stündiger Pause, Nachmittags 2 Stunden an 4 Nachmittagen, mit beständigen erfreulichen Erfolgen unterrichtet. Die Vorschule z. B. sucht bei „den schwächsten Kindern (sehr verschiedenen Alters) durch Unterscheidung und Schreibvorübungen, Articulations- und Sprechübungen, Bewegungs- und Thätigkeitsübungen Sinne und Glieder zu üben, das Anschauungs- und Wahrnehmungsvermögen zu wecken und zu beleben, die Willensthätigkeit aus ihrer Lethargie zu befreien und die bewusste Selbstthätigkeit anzuregen." Ob dieser Unterricht, dem wir mit Vergnügen und Verwunderung beiwohnten — einen eigens zugeschnittenen Stundenplan enthält der 19. Bericht — auf eine sich selbst täuschende Abrichtung hinausläuft, wie man von medicinischer Seite geargwöhnt hat, oder mit ebenso weisem wie geduldigem, hingebendem Verständniss gehandhabt wird, mögen noch einige weitere zerstreute Bemerkungen des Leiters der Anstalt aus seinen Jahresberichten darthun.

„An einem grossen Theile der Zöglinge durften wir nicht blos eine Vermehrung ihrer Kenntnisse und Fertigkeiten, sondern, was uns mehr werth ist als das, eine erhöhte Denkthätigkeit, eine Schärfung und Klärung ihres Urtheils, eine Steigerung ihres Auffassungsvermögens und ihrer Selbstthätigkeit, im Allgemeinen ein Wachsthum ihrer geistigen Kraft und (was damit im Zusammenhange steht) eine Vermehrung des Selbsttriebes und der eigenen Willenskraft wahrnehmen. — Zu diesem Ziel benutzen wir alle Disciplinen, auch z. B. das Zeichnen, und betrachten demnach allen Unterrichtsstoff zunächst als Mittel zum Zweck und erst in zweiter Linie als Zweck selbst." „Sehr häufig werden uns Kinder übergeben, welche „viel gelernt haben", mit einer gewissen mechanischen Fertigkeit lesen, correct aus dem Buche abschreiben, oft mit einer erstaunlichen Sicherheit rechnen, d. h. fortlaufende Zahlenreihen oder das Einmal-Eins hersagen, sogar rasch multipliciren können, und die trotz ihres vielen Wissens und Könnens auf einer so niedrigen Stufe geistiger Selbstbethätigung stehen, dass es ihnen schwer wird, mit den geförderteren unserer Schüler fortzukommen. Das kommt daher, dass ihr Gedächtniss einseitig cultivirt, aber ihre übrigen Geisteskräfte nicht gleichmässig geweckt oder genährt worden sind."

„Die Bildungsfähigkeit der jungen Blödsinnigen wird in den bei der Meldung eingehenden Attesten vielfach auf einzeln hervortretende Fähigkeiten oder auf die Sprach-Fähigkeit oder Fertigkeit gegründet. In ersterer Hinsicht ist aber zu constatiren, dass, wenn bei einem Blödsinnigen ein einzelner Sinn, z. B. für Musik, oder eine einzelne Neigung, z. B. für Bücher sich einseitig geltend macht, dies fast durchgängig ein höchst bedenkliches Symptom ist und die Bildungsfähigkeit sehr in Frage steht. Ebensowenig giebt die Sprachfähigkeit und -Fertigkeit einen Maassstab für die Ent-

wicklungsfähigkeit ab. Nur wenn Willensfreiheit, ein gewisser Grad von Denkfähigkeit und das Vermögen vorhanden ist, die Gedanken Anderer sich anzueignen, hat die Sprachfertigkeit einen pädagogischen Werth. Doch erschwert der Mangel der Sprachfähigkeit, welcher in den allermeisten Fällen nicht auf einem Fehlen oder einer mangelhaften Bildung der äusseren Sprachwerkzeuge beruht, natürlich ungemein den geistigen Verkehr mit diesen Unglücklichen." In den Jahren 1873 und 1874 z. B. enthielt die Anstalt zusammen 61 Insassen ohne Sprache, 72 mit lallender Sprache, 50 Stammelnde und Stotternde, 157 mit fliessender Sprache, mithin über die Hälfte Sprachlose oder mit mangelhaft entwickelter Sprache Begabte.

Oder: „Manchem Kinde, das einen geringen Formensinn und ein schwaches Formengedächtniss hat, fällt das Lesen- und Schreibenlernen sehr schwer oder wird ihm geradezu unmöglich und doch entwickelt sich das Auffassungsvermögen, die Denk- und Urtheilskraft, das sittliche Gefühl und Bewusstsein in vortheilhafter Weise, sodass sich eine gewisse geistige und sittliche Selbstständigkeit bildet, die es befähigt, irgend eine Stelle im Leben auszufüllen. Auf der anderen Seite sind viele Kinder, die mit einer gewissen Leichtigkeit Lesen und Schreiben lernen, leicht und schnell behalten was sie hören und die daher, oberflächlich betrachtet, günstige Fortschritte machen; aber ihre Denk- und Urtheilskraft bleibt schwach, ihr innerster Mensch wird von dem Gelernten wenig berührt, ihr Wille nicht dadurch bestimmt; sie kommen daher nicht über den Kindheitsstand hinaus und können im Leben nur Handlangerdienste thun." „Die geistige Förderung eines Idioten ist zu beurtheilen nach der Bethätigung seines Erkenntniss-, Empfindungs- und Willens-Vermögens. Ist er nämlich fähig, verständig aufzufassen und sich verständig auszudrücken; hat er ein Gefühl für Recht und Unrecht, für Wahrheit und Lüge, für Sitte und Unsitte; und zeigt er einen Trieb und Streben sich nützlich zu machen: so ist er geistig gehoben und fähig, in die Reihe der vernünftigen Menschen einzutreten, um seinen bescheidenen Platz auszufüllen, abgesehen davon, wie gross der Umfang seiner materiellen Kenntnisse ist."

An einer anderen Stelle bedauert der Director lebhaft das unverständige Drängen vieler Eltern, dass ihre Kinder, sobald sie in das nach der kirchlichen Observanz gewöhnliche Alter eingetreten sind, confirmirt werden und betont es, dass das Alter nie einen Maassstab noch einen Beweggrund zur Confirmation abgeben könne, auch nicht blos eine verstandesmässige Erkenntniss, sondern erst eine gewisse geistige Selbstständigkeit, religiöses Gefühl und eine bestimmte sittliche Urtheils- und Willenskraft dazu befähigen. Daher werden in Hephata von der Confirmation und Communion ausgeschlossen: alle „Voll-Idioten, alle gemüthsstumpfen und an Gemüthsexaltationen leidenden, wie alle albernen, närrischen und mit sonstigen ausgeprägten Irrsinnsformen behafteten Idioten".

Für die individualisirende Beachtung der dortigen Zöglinge redet schliesslich noch „die Erfahrung bei einer Anzahl von Kindern, dass sie

wohl bis zu einer gewissen Stufe geistig zu fördern sind, dann aber stagniren und sich nicht weiter entwickeln, darum auch nie zu irgend welcher Selbstständigkeit im Denken und Handeln kommen, sondern der Leitung und des Schutzes der Anstalt seitlebens bedürfen. Sie sind neben den Krüppelhaften die eigentlichen Candidaten des Asyls."

Der weitaus grösste Theil der Insassen gehört jener sogen. Heilabtheilung an, von 130 des vorigen Jahres 89, während 22 das Asyl bildeten und 19 die Pflegeabtheilung, nämlich solche Kinder aus der Heilabtheilung, an denen die Bildungs-Versuche erfolglos blieben. Asylisten und Pfleglinge werden, soviel ihre Fähigkeit zulässt, zu regelmässigen Haus-, Garten- und Landarbeiten wie industrieller Thätigkeit herangezogen, nicht um sie zu materiellem Vortheil und Gewinn auszunutzen, sondern um die sittliche Selbstschätzung der geistesschwachen Menschen durch das Bewusstsein, etwas leisten und sich nützlich machen zu können, zu heben und zugleich sie geistig und in ihrem körperlichen Wohlbefinden zu fördern. Als industrielle Beschäftigungen für das männliche Geschlecht haben sich empfohlen: Stuhlflechten (in Rohr und Binsen), Korbflechten (in sog. geschlagener Waare), Mattenflechten (aus Binsen und Rohrspänen), Schuh- und Teppichflechten (aus Tuch und Filzkanten), Holzarbeiten (Anfertigen von Blumenstäben, Schiebkarren, Wagen, Schaukelpferden und Schlitten für Kinder, Fussbänken). Charpiezupfen, Fidibusmachen und Stricken für die kleineren Knaben. Aus dem Erlös der gefertigten Gegenstände konnten im vorigen Jahre wieder alle zum Industriebetrieb erforderlichen Rohmaterialien im Betrage von M. 1107,75 bestritten und noch ein Reinertrag von M. 1042,45 der Anstaltscasse zugefügt werden. Die Mädchen fertigen und bessern durch weibliche Handarbeiten Wäsche und Kleidungsstücke der Anstalt. — Nur ein Theil dieser beiden Abtheilungen freilich ist zu einer nennenswerthen Thätigkeit im Stande, andere sind pure Pfleglinge, der Zustand einzelner spottet jeder Kunst der unermüdlichsten Liebe, sie vermag kaum eine menschliche Regung in ihnen zu entdecken. Dass auf das Gemüth aller dieser Unglücklichen durch freundlichen Verkehr, Spiel, reichlichen Gesang, Veranstaltung von Festlichkeiten nach Kräften wohlthuend einzuwirken gesucht wird, bedarf kaum der Erwähnung.

Gegenwärtig arbeiten an der Anstalt ausser dem Director und seiner Frau, welche zugleich Hauseltern sind, 2 Lehrer und 1 Lehrerin, 9 Wärter, von denen 6 zugleich Hilfslehrerdienste leisten, 1 Gehilfin, 6 Wärterinnen, 1 Krankenwärterin, 1 Weisszeugmädchen, 3 Mägde, 1 Industrielehrer, 1 Korbmachermeister, 1 Gärtner, 1 Ackerknecht, 1 Hausknecht. Dr. med. *Wolff* aus Rheydt versieht in dankenswerther Weise den medicinischen Dienst und erstattet jährlich im allgemeinen Jahresbericht auch Bericht über sein Ressort. Der geschäftsführende Ausschuss der Verwaltung besteht neben ihm und dem Director noch aus 8 Herren.

Ausser den bisherigen zu verzinsenden Schulden ist noch die Kaufsumme für die neueste Erwerbung im Betrage von M. 42000 zu decken.

Das jährliche Pflegegeld beträgt, ausser M. 45 Kleidergeld beim Eintritt, in der Heilabtheilung für arme evangelische Idioten 216 M., für Bemittelte in 3 Classen 360, 540—750 und 900—1350 M. In der Pflege-Abtheilung für Arme 270, Bemittelte 540; im Asyl für Arme 300, für Bemittelte 450, 750 oder 1200 bis 1500 M. Für Zöglinge anderen als evangelischen Bekenntnisses, sowie für Angehörige anderer als der beiden westlichen Provinzen Preussens beträgt der niedrigste Satz M. 450. Dafür bietet die Anstalt völlig freie Station nebst Unterricht, Arzt und Arznei, den notorisch Armen auch Bekleidung. In den Jahren 1873 und 1874 gehörten 223 der Pfleglinge zu den notorisch Armen, 74 zum Mittelstande, 43 zu den Wohlhabenden. Hiernach werden die meisten (65,58 pCt.) der Kleider von Armenvorständen geschickt, sie geniessen halbe Freistellen; für nicht Wenige des Mittelstandes wird das Pflegegeld ebenfalls um 1/4—1/2 ermässigt.

Drückender als die Nahrungssorgen für 170—180 Personen ist der Verwaltung diejenige um geeignetes Lehr- und weibliches Pflegepersonal, und sie hegt den dringenden Wunsch, dass sich mehr Elementarlehrer und Mädchen aus den besseren Ständen solchen dankbaren Anstaltszwecken widmen.

Nach obiger Mittheilung der von Hephata verfolgten Grundsätze und Ziele wird man den Werth der dort gemachten Erfahrungen, soweit sie sich statistisch ausdrücken lassen, nicht geringschätzig ansehen. *Barthold* hat nunmehr die Summe von 20 Jahren gezogen und wir verdanken grossen Theils seiner gütigen persönlichen Mittheilung folgende Daten:

69 pCt. der Aufgenommenen waren mit angeborenem Blödsinn behaftet, bei angeblich 30 pCt. war er erst erworben; doch verstecken sich unter letzteren wahrscheinlich noch verhehlte angeborene Fälle. Die häufigste Ursache der Entstehung der Idiotie während des Lebens des Individuums ist nach den Papieren Gehirnentzündung. Angeborene oder in den ersten Jahren erworbene Idiotie stellt sich fast ausnahmslos während der ersten 7 Lebensjahre heraus. Der apathische Blödsinn tritt mit 358 Fällen dem exaltirten jedoch ungünstiger verlaufenden mit 128 Fällen gegenüber. — 31 pCt. der Aufnahmen waren Erstgeborene, 16 pCt. Zweit-, 15 pCt. Dritt-, 12 pCt. Viert-, 8 pCt. Fünftgeborene; die weiteren Verhältnisszahlen sind 6, 3, 1, 1, 1/2—3/4 pCt. — Unter 485 Aufnahmen war in 43 Fällen beim Vater, in 3 bei der Mutter Trunk notorisch die Ursache, 24 mal lagen Geistes- oder andere Nervenkrankheiten der Eltern, 9 mal der Grosseltern, 17 mal verwandtschaftlicher Nebenlinien zu Grunde. In 29 Fällen waren noch blödsinnige Geschwister, z. Th. mehrere, vorhanden; 17 mal waren die Eltern blutsverwandt. — Auffällig ist, dass stets weit mehr für Knaben als für Mädchen Aufnahme nachgesucht wird. So war der Bestand zu Anfang der 3 Jahre 1873—1875: 271 männliche gegen noch nicht die Hälfte: 128 weibliche Blöde. Ein Grund scheint der Direction darin zu liegen, dass anstellige Mädchen zu Hause leichter verwendbar sind. — Der Heimath der Idioten nach verhielt sich Stadt und Land in den 20 Jahren des Be-

tsehens wie 59:41. Unter den Ständen scheint der der Handwerker am stärksten vertreten.

Von 429 Abgängen aus der Anstalt sind 12,5 pCt. confirmations- und erwerbsfähig geworden, 3 pCt. weil körperlich zu schwach, nur confirmationsfähig, 1 pCt. körperlich stark, blos erwerbsfähig, 10 pCt. theilweise erwerbsfähig. 23,5 pCt. konnten wenigstens gebessert an die Familie zurückgegeben werden, dagegen 32 pCt. blieben ganz bildungsunfähig; 18 pCt. starben. Nach dem ärztlichen Bericht geht bei vielen Zöglingen Skrophulose Hand in Hand mit dem Idiotismus, wird später zur Schwindsucht, und zwar in höherem Maasse als bei normalen Kindern in Darmtuberkulose, obwohl sie Anfangs als Lungentuberkulose verläuft. Von den 43 Todesfällen in den Jahren 1873—1879 waren 30 Tuberkulosen. „Namentlich Kinder von stark ausgeprägter rhachitischer oder skrophulöser Natur, bemerkt der Director, trotzen allen Bemühungen der Körperpflege; sie bleiben zart, schmächtig, schwächlich; ihre Verdauung ist schlecht, die Ernährung mangelhaft, die Blutcirculation langsam, die Eigenwärme daher äusserst gering, ihr Aussehen gewöhnlich farblos, ihre Muskulatur schlaff, und ihre leiblichen und geistigen Bewegungen und Bethätigungen energielos. Bei dieser Art von Kindern nimmt die mit 16—18 Jahren sich entwickelnde Tuberkulose einen überraschend schnellen Verlauf." Demnächst kommen in der Anstalt, deren Gesundheitszustand Dank ihrer trefflichen Lage durchweg ein relativ recht günstiger ist, nach Dr. *Wolf* häufig gastrische Erscheinungen vor, die sich zum grossen Theil aus der Unmässigkeit vieler Kinder erklären, welche theils aus Mangel an feinen Geschmacksorganen alles Habhafte bis zu Kartoffelschalen und Steinen, herunterschlingen, theils kein Gefühl der Sättigung kennen und deshalb sich in der unmässigsten Weise vollstopfen. Ein merkwürdiges Beispiel davon lernte ich in der Anstalt kennen. Ein körperlich sehr zurückgebliebener Knabe von c. 12, scheinbar nur 7—8 Jahren, hatte den Trieb gezeigt, seine Strümpfe zu zernagen und zu verzehren. Die Haut seiner stets zum Munde geführten Hände wurde zu Gallerte. Seitdem ihm das gewehrt, gab er sich unausgesetzt den ganzen Tag an's Holzessen, riss zu dem Ende lange Späne vom Fussboden auf und lehnte sich, nachdem die Hände gebunden, zu demselben Zweck mit dem Oberkörper gegen den Zimmertisch, an welchem bereits die Ecken und Kanten verschwunden waren; ebenso behandelt er Nachts seine Bettstelle. Erkrankt, wurde ein Waschbecken voll Holz, darunter handlange Stücke aus seinem Mastdarm entfernt. Es ist nicht das einzige Beispiel eines Holzessers.

L. Pieper.

Aus meiner Praxis. — Im Jahre 1867 wurde mir durch Prof. *W.* eine junge Frau mit ihrem ³/₄ Jahre alten Söhnchen zugeführt. Dieselbe war sehr sinnlicher intriganter Natur, voller List, Unwahrheit, Untreue, beging die thörichtesten Handlungen, suchte in jeder Weise, männliche Bekannt-

schaften zu machen, das Kind war ihr ganz gleichgültig. — Nach Verlauf von 3 Jahren wusste sie bei einer Revision der Anstalt den damaligen Kreisphysicus Dr. *M.* so für sich einzunehmen, dass er ihr ein Gesundheitsattest ausstellte. Ich musste sie entlassen. Ihr Mann verweigerte ihre Aufnahme. Sie machte bald allerlei Bekanntschaften, vernachlässigte das Kind, das ihr auf Verlangen ihrer Tante, die sich daraus einen Nutzen für die Mutter versprach, übergeben werden musste, auf's äusserste, so dass es mehrfach in Lebensgefahr gerieth, trug auf Scheidung an, setzte diese durch und heirathete dann den Commis eines Victualien-Geschäftes, einen braven aber völlig energielosen Mann, verbaute in der Gründerzeit 1872 und 1873 nicht nur ihr ganzes Vermögen, sondern nahm auch ebenso viel Capitalien auf, gründete ein Geschäft mit Bier- und Weinstube, worin sie die erste Kellnerin abgab. Weder sie noch ihr Mann verstanden etwas vom Geschäft und sie machten bankrott. Die Wohnungen vermietheten sich in der darauf folgenden schweren Zeit nicht, daher das Haus subhastirt wurde, wobei sie ihr Vermögen vollständig verloren und jetzt buchstäblich am Hungertuche nagen. — Von 3 nachgeborenen Kindern sind 2 gestorben; das letzte, an Rhachitis leidend, lebt. Die Patientin selbst ist fast völlig erblindet. Der älteste Knabe, jetzt 14 Jahre alt, wird von ihm wohlgesinnten Leuten gut erzogen und berechtigt zu Hoffnungen. *P. P.*

Der Wilhelm-Augusta-Stiftung zur Bildung und Pflege von Idioten — aus dem Reg.-Bezirk Liegnitz ist von dem Oberpräsidenten der Provinz Schlesien die Genehmigung ertheilt worden, im Laufe der 5 Jahre 1881 bis 1885 eine je einmalige Sammlung milder Beiträge in Form einer Hauskollekte bei sämmtlichen Haushaltungen im Reg.-Bezirk Liegnitz zum Besten der Stiftung zu veranstalten.

Aus Sorau. — Das 200 Morgen grosse Gäbler'sche Gut, welches an das Territorium der Land-Irrenanstalt grenzt, ist für dieselbe Seitens der Provinzial-Verwaltung zum Preise von 200,000 Mark käuflich erworben worden. Der Gutscomplex soll einerseits zur Arrondirung des Anstaltsterrains dienen, andererseits soll den Kranken in ausgedehnterem Maasse Gelegenheit zur landwirthschaftlichen Beschäftigung gegeben werden.

Seltener Fall von Selbstverstümmelung. — *Thiersch* führt einen solchen Fall im Chirurgen-Congress in Berlin an. Ein 37jähriger Zuckerbäcker in Leipzig hat aus bisher unbekannt gebliebenen Motiven erst die vollkommene Circumcision an sich ausgeführt, und dann „um nachzusehen, wie es drinnen aussehe", sich den Leib von der Symphyse bis an den Nabel aufgeschlitzt.

Mit prolabirtem Netz und Darm kam er in die Klinik und konnte nach kurzer Zeit als geheilt entlassen werden. Ein Jahr später kehrte er wieder zurück mit aufgeschlitztem Scrotum und prolabirtem Testikel. Auch diese Verletzung heilte in 9 Tagen. 1880 schnitt er sich zum zweiten Male den Bauch auf; nach Reposition des prolabirten Darms trat in 14 Tagen Heilung ein. Kurz darauf vollführte er an sich eine reguläre Castration des einen Hodens mit sorgfältiger Scrotalnaht. Nachdem die Wunde schön verheilt war, entfernte er mit derselben Sorgfalt den zweiten Hoden; allein die um den Samenstrang gelegte Ligatur glitt ab und die starke Blutung führte den Mann wieder dem Krankenhause zu, in welchem er Genesung gefunden. (Med. kl. Wchschr. No. 24.)

Reichsgerichts-Entscheidung. — Ein mit einer blödsinnigen Person zu einer Zeit, in welcher dieselbe noch nicht gerichtlich für blödsinnig erklärt und unter Vormundschaft gestellt ist, abgeschlossener Vertrag, durch den der Blödsinnige Verpflichtungen übernimmt, ist nach einem Urtheile des Reichsgerichts, IV. Civil-Senats, vom 13. Juni 1881 im Geltungsbereich des preussischen allgemeinen Landrechts rechtsunverbindlich, wenn dem Gegen-Contrahenten gegenüber nachgewiesen werden kann, dass der später für blödsinnig Erklärte bereits zur Zeit des Vertragsschlusses thatsächlich blödsinnig gewesen. Dieses in vielen Fällen sehr schwierigen Nachweises bedarf es jedoch nicht, wenn festgestellt wird, dass der angefochtene Vertrag die Bereicherung des Gegen-Contrahenten mit dem Schaden des Blödsinnigen durch dessen Willenserklärung bezweckt habe, in welchem Fall die Vermuthung gilt, dass der Gegen-Contrahent betrügerisch gehandelt habe.

Petition beim Reichstage Betreffs eines Selbstmords beim Militair. — Die Petitionscommission (Referent Abg. v. Simpson-Georgenburg) hat schriftlichen Bericht über eine Petition des Gutsbesitzers Fromme bei Braunsberg i. Ostpr. erstattet, welcher der Meinung ist, dass fortgesetzte unrichtige und harte Behandlung seitens militairischer Vorgesetzter, namentlich des Hauptmanns, seinen Sohn zu dem Entschluss, sich den Tod zu geben, getrieben habe (der Betreffende hat sich [April 1879] ertränkt) und nach erschöpftem Instanzenzuge beim Reichstage beantragt, „durch eine strenge und unparteiische Untersuchung des Falles eventuell die Bestrafung der etwaigen Schuldigen herbeiführen und so einem gebeugten und gekränkten Vater zu seinem Recht verhelfen zu wollen“. Aus den Untersuchungsakten des Corpsgerichts des 1. Armeecorps geht jedoch hervor, dass die Ursache zum Selbstmord einzig und allein in den Charakter- und Gemüthseigenschaften des Fromme zu suchen sei. Derselbe habe nach der eigenen Erklärung des Vaters von Jugend auf an Schwermuth und Empfindlichkeit gelitten. Ausser Strafrapporten hat derselbe Strafen nie erhalten,

sich auch im Allgemeinen gut geführt. Die Petitionscommission debattirte über den Fall und beschloss, nachdem gegenüber der Ansicht des Referenten und des Regierungscommissars auch gewisse Sympathien mit den Empfindungen des Petenten sich ausgesprochen hatten, die Petition für ungeeignet zur Erörterung im Plenum zu erklären, „da sich nach sorgfältigen, unter Zuziehung mehrerer Commissarien der Bundesregierungen vorgenommenen Prüfungen nicht herausgestellt hat, dass ein strafbares, zu dem Tode des Sohnes des Petenten Veranlassung gebendes Verhalten der betr. Officiere stattgefunden". Der Reichstag beschloss jedoch auf Antrag des Abg. Ausfeld, die Petitionscommission mit einer schriftlichen Berichterstattung über den Fromme'schen Fall zu betrauen. Die Commission kam dem nach und beantragte am Schluss derselben übereinstimmend mit ihrem früheren Entschluss: „über die Petition des Fromme zur Tagesordnung überzugehen".

---

54. *Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte* — findet in Salzburg vom 18. bis 24. September 1881 statt. Vorausbestellung der Wohnung (beim Herrn Rath *Karl Spängler*, Mozartplatz No. 4) wird dringend gerathen. Unter den allgemeinen Vorträgen: *von Pettenkofer*-München, der Boden und sein Zusammenhang mit der Gesundheit des Menschen und *Meynert*-Wien: „Gesetzmässigkeit des menschlichen Denkens und Handelns". Unter den Sectionen wird als 18. Section vorgeschlagen: Psychiatrie und Neurologie. Sectionsführer: Primararzt Dr. *Zillner*. Schriftführer: Dr. *Zillner* jun.

Personal-Nachrichten.

Dr. *W. Nasse*, Geh. Med. Rath und Director der Prov.-Irrenanstalt in Bonn ist zum Prof. ord. hon. der Universität Bonn ernannt worden.

Dr. *Borel*, 2. Arzt der Prov.-Irrenanstalt Stephansfeld, ist zum Director der Pflegeanstalt in Hub (Baden) erwählt.

Dr. *Richter*, bisher 2. Arzt der Prov.-Irrenanstalt in Hildesheim hat die Stellung als dirig. Arzt der Privatheilanstalt zu Pankow übernommen.

Dr. *Schaefer*, 2. Arzt des Asyles Schweizerhof, ist zum 2. Arzt der Prov.-Irrenanstalt Stephansfeld,

Dr. *A. Merclin* zum 2. Arzte der städtischen Heil- und Pflegeanstalt Rothenburg bei Riga ernannt worden.

Dr. *A. Meyer*, Dir. der Privatheilanstalt in Eitorf, hat sich in Isselburg niedergelassen.

Dr. *Ehrt*, Med. Rath und Director der Landesanstalten in Hubertusburg, hat den Charakter als Geh. Med. Rath,

Dr. *Laudahn*, Director der städtischen Irrenanstalt zu Lindenburg, den Charakter als Sanitätsrath erhalten.

Dr. *A. Rothe*, Staatsrath und Director der Irrenanstalt zu Warschau, hat den K. Russischen St. Annenorden 2. Cl.,

Dr. *Leidesdorf*, Prof. d. Psych. in Wien, das Commandeurkreuz des fürstl. serb. Takava-Ordens,

Dr. *Snell*, Geh. Sanitätsrath und Dir. der Prov.-Irrenanstalt zu Hildesheim, den Kgl. Kronenorden 3. Cl.,

Dr. *L. Meyer*, Prof. der Psychiatrie an der Universität und Director der Prov.-Irrenanstalt zu Göttingen, den Rothen Adlerorden 4. Cl.,

Dr. *Nötel*, Director der Prov.-Irrenanstalt zu Andernach, das Ritterkreuz des Grossh. Luxemburgischen Ordens der Eichenkrone,

Dr. *Erlenmeyer*, dir. Arzt der Privatheilanstalt zu Bendorf, das Ritterkreuz I. Cl. des Kgl. Sächs. Albrechtsordens erhalten.

Dr. *Hermann Engelken*, fr. Director der Privatheilanstalt zu Rockwinkel bei Bremen, ist nach kurzer,

Dr. *St. Chomentowski*, Ordinator an der Warschauer männl. Irrenanstalt des h. Johannes a Dèo und bis 1880 gleichzeitig Director einer 1877 gegründeten Privat-Irrenanstalt am 26. Januar nach langer und schwerer Krankheit gestorben.

Bericht

über die psychiatrische Literatur

im 1. Halbjahre 1881.

1. Psychologie. Referent: Spamer.

Koch, J. L. A., „Ueber das Gedächtniss. Mit Bemerkungen zu dessen Pathologie.“ Zeitschr. f. Philos. u. philos. Kritik. N. F. Bd. 78, Heft 2 (Mai).

K. theilt seine Arbeit in 8 Abschnitte. Die Ueberschrift des

1) lautet: Träger des Gedächtnisses; Gedächtniss im engeren und im weiteren Sinne. „Fragt man, ob es denn wirklich gewiss sei, dass die Ganglienzellen der Grosshirnrinde und beziehungsweise die sie verbindenden Nervenfasern Träger und Bewahrer der Vorstellungen und die Vermittler des Gedächtnisses sind, so giebt es auf diese Frage nur Eine ehrliche Antwort und diese lautet: nein. Es mag ja möglich, es mag selbst wahrscheinlich sein, dass die höheren psychischen Leistungen gerade an die Ganglienzellen der Grosshirnrinde geknüpft sind, bewiesen aber ist es noch nicht. Man mag unter Umständen zur Annahme gelangen können, dass in den Ganglienzellen Vorstellungen abgelagert und aufbewahrt werden, wahrscheinlich aber erscheint solches Niemand, der ein wenig schärfer zu denken gewohnt ist.“ Die Verbreitung dieser Anschauung erscheine nur dadurch erklärlich, „dass Mancher, indem er Alles von sich fern halten will, was möglicherweise zu einem psychologischen Dualismus führen könnte, — — im Namen der Wissenschaft unwissenschaftlich wird, mit den seichtesten Hypothesen sich begnügt“..

„Der Auffassung, als ob die einzelnen Vorstellungen in den einzelnen Ganglienzellen oder in einzelnen Ganglienzellengruppen im Original oder in Nachbildern zur Wiedererinnerung aufgespeichert würden, haben schon *Ulrici*, *Liebmann*, *Wundt* die gewichtigsten Bedenken entgegengestellt.“ *K.* will diesen nur noch zufügen, wie es jeder Erfahrung widerspreche, „dass solche, für künftig zu erlangende Vorstellungen aufgespeicherte, inzwischen aber functionslose anatomische Gebilde in ihrem unthätigen Zustande, statt zu atrophiren, nicht nur normaliter weiter leben, sondern auch an Functionsfähigkeit, Energie und Feinheit zugleich mit den andern, functionirenden Zellen zunehmen und wachsen können“ [1]).

---

[1]) Ref. möchte dem gegenüber doch darauf hinweisen, dass das Gedächtniss für neue Eindrücke, wie allbekannt, mit zunehmenden Lebensjahren ein schlechteres wird, als es in der Jugend war.

„Was wir als gewiss betrachten dürfen, ist vorderhand nur dies, dass es für unsere Erfahrung, wie überhaupt keine höheren psychischen Acte, so auch kein Gedächtniss im gewöhnlichen Sinne giebt, ohne eine functionelle Thätigkeit der Grosshirnrinde, dass wenn die letztere mangelt oder krank ist, jene Acte nicht möglich, bezw. in ihrem normalen Ablauf geschädigt sind. Was wir sodann vermuthen können ist dies, dass innerhalb der Hirnrinde die Hirnganglien es sein möchten, an welche die betr. Thätigkeiten der Hirnrinde vor Allem geknüpft sind." — „Ich möchte es aber für wahrscheinlich halten, dass bei den höheren psychischen Acten jeweils die bezüglichen Gebilde der gesammten Grosshirnrinde in Anspruch genommen und wirksam sind, was ja keineswegs ausschliesst, dass der jeweils in seiner Totalität einheitlich wirkende Apparat gleichwohl an bestimmten Orten Bestimmtes vollbringen kann [1]), wie er z. B. erwiesenermaassen von bestimmten Punkten aus bestimmte Verbindungen zur Peripherie hat, was aber das Verständniss mancher Thatsachen, so namentlich der s. g. Enge des Bewusstseins, viel mehr erleichtern würde, als eine entgegengesetzte Auffassung."

„Der Zustand, in welchem sich die Ganglienzellen während des Bestehens von Vorstellungen befinden, mag jeweil veranlasst sein durch was er will und mag er sein was er will — wir kennen seine Natur nicht —, so lange er besteht, besteht auch die betreffende Vorstellung, bezw. die Grundlage einer solchen, und so oft er nach seinem Entschwinden wieder hervorgerufen wird, taucht auch die gleiche Vorstellung wieder auf. Er kann aber wieder hervorgerufen werden durch die gleiche Ursache, die ihn früher bewirkt hat, oder eine ihr gleichwerthige Ursache, und sodann noch auf eine besondere gedächtnissmässige Weise, welche voraussetzt, dass die nervösen Apparate, Zellen und Fasern, nachdem sie einmal in dem betreffenden Zustande gewesen sind, damit eine Disposition, eine Fähigkeit erlangt haben, in den Zustand auf eine neue, gedächtnissmässige Weise wieder zu gelangen." Diese Disposition will *K.* den „Gedächtnisseindruck" nennen: „Sie beruht, man kann sich dies nicht wohl anders vorstellen (also doch! Ref.), wenn auch Einiges dabei schwer zu verstehen bleibt, ebenfalls auf irgend welchen, und zwar auf dauernden, Veränderungen im betreffenden Nervenapparate."

2) Objecte des Gedächtnisses. — „Abstractere Vorstellungen und Gesichts- und Gehörs-Vorstellungen, bezw. deren Grundlagen, haften in uns; — — anders verhält es sich mit manchen anderen Dingen, mit Geruchs-, Geschmacks-, Tast-, Temperatur-Empfindungen, Gefühlen." „Ohne

---

[1]) Es ist dem Ref. nicht gelungen, sich eine deutliche Vorstellung von der Meinung des Herrn Verf. über das Verhältniss zwischen Nervenzellen und -Fasern einerseits und Vorstellungen, bezw. Gedächtniss andererseits zu machen und blieb ihm deshalb nur übrig, die ihm am wichtigsten scheinenden Sätze des Originales aneinanderzureihen und so dem Leser jene Aufgabe zu überlassen.

entsprechende äussere Hülfsmittel gedächtnissmässig reproduciren können wir eine Geruchsvorstellung nicht, wir vermögen uns z. B. die concrete Qualität des Veilchengeruches nicht frei vorzustellen, und wenn wir hundertmal an Veilchen denken. So können wir auch das Hungergefühl und andere Gefühle ähnlicher und höherer Art nicht reproduciren." „Ich kann mir durch Reproduction eine Gegend vorstellen, in der ich einmal war, aber nicht oder nur ganz andeutungsweise die concrete Qualität des besonderen Gefühls, welches die Betrachtung der Gegend damals in mir erweckt hatte."

3) Continuirliche Erinnerung. — Die Anmerkung des Herrn Verf. zu dieser Ueberschrift besagt, dass „der Begriff Erinnerung hier, wie wie öfter (! Ref.) im späteren Verlaufe dieser Abhandlung, in einem etwas weiteren, mehr vulgären Sinn genommen ist, nämlich so, dass er auch noch andere zum Gedächtniss gehörige Stücke einschliesst".

„Wenn die nervösen Elemente des Hirnes in einen Zustand gekommen sind, wie er besteht während der Mensch eine Vorstellung hat, so dauern dieser Zustand und die betreffende Vorstellung eine gewisse Zeit lang an. — Diese Art der Erinnerung wird man wohl am besten als continuirliche oder auch als directe Erinnerung bezeichnen." „Die Dauer der directen Erinnerung ist in den meisten Fällen eine ziemlich eng begrenzte, doch nicht in allen."

4) Indirecte Erinnerung. — Nachdem eine Vorstellung entschwunden gewesen war, „kann sie nun später gedächtnissmässig wieder erweckt werden, wenn sie sich vor ihrem Entschwinden mit anderen Vorstellungen etc. verknüpft hat". „Eine solche Verknüpfung kann entweder in mehr oder weniger beliebiger, mehr oder weniger äusserlicher Weise, mehr oder weniger (? Ref.) nothwendig, absichtlich oder zufällig (? Ref.) stattfinden, oder sie ist in anderer Weise wieder dadurch gegeben, dass die betreffenden Vorstellungen, bezw. Erinnerungsbilder, einzelne Elemente oder Componenten, d. h. in sie eingehende einfachere Vorstellungen, von Haus aus gemeinsam haben." Die Componenten müssen nicht immer Vorstellungsbestandtheile, sondern können auch nur Lautbestandtheile des betr. Wortes sein. In vielen Fällen „gehen den einfacheren oder zusammengesetzten Vorstellungscomponenten nach ihrem gedächtnissmässigen Verhalten parallel die zusammengesetzten Vorstellungen selbst oder ganze Gruppen derselben". — —

„Wer sich klar gemacht hat, von welcher Tragweite die oben aufgestellten Principien sind, welche Alles verständlich machen, was hierher gehört, allerdings aber Nichthergehöriges auch ausschliessen, wie z. B. gewisse logische Processe von der Art, dass es sich dabei nicht um ein sich erinnern an bestimmte Vorstellungen, sondern um ein Neuconstruiren bestimmter Vorstellungen handelt, ich sage: wer sich die Tragweite der oben aufgestellten Principien klar gemacht hat, der wird die Ideenassociationsgesetze der Aehnlichkeit, des Contrastes, der räumlichen oder zeitlichen Nachbarschaft entbehrlich finden, die ohnehin weiter nichts zu erklären vermögen." „Nicht die Aehnlichkeit oder der

Contrast zweier Dinge verbindet dieselben gedächtnissmässig, sondern das thun die Componenten, welche ähnliche und contrastirende Vorstellungen miteinander gemein haben (was keine Componenten gemeinsam hat, kann auch keinen Contrast zu einander bilden). — Die Lehre von der indirecten Erinnerung macht aber auch Dinge verständlich, welche sich mittels der Ideenassociationsgesetze noch weniger als andere erklären lassen, oder von ihnen nicht einmal genügend berücksichtigt werden, namentlich Dinge, die mit dem Gefühls- und Triebleben zusammenhängen." — Die Verknüpfung der Dinge kann auch im Unbewussten ablaufen.

5) Eintritt der Erinnerung. — *K.* verneint zunächst die Frage, ob man sich nach Belieben und willkürlich erinnern könne, an was man wolle. Es geschieht diese Verneinung auf Grund von vielen eigenen Versuchen. „All diese Versuche — — haben es bestätigt, dass man sich nicht willkürlich und nicht ganz aus freier Hand an etwas zu erinnern vermag."

Doch „kann man das wirkliche Eintreten bestimmter Erinnerungen begünstigen und unterstützen, man kann dazu beitragen, dass Erinnerungsbilder, welche zu suchen ein Anlass und Ausgangspunkt vorhanden ist, nun wirklich gefunden werden" (was ist dies „man"? Ref.). Aber wir können die Versuche, dies zu finden, „oft auch dadurch sehr unterstützen, dass wir dies Suchen nach Vorstellungen im Uebrigen nicht stark beeinflussen und gleichsam mit Anstrengung lenken und leiten, sondern vielmehr den besten Theil desselben sich im Unbewussten von selbst machen lassen".

„Unser Wille kann, wie wir gesehen haben, auf das Suchen von Erinnerungsbildern einen Einfluss ausüben, wenn einmal ein Anhaltspunkt gegeben ist, aber dieser Einfluss hat doch engere Grenzen, als man oft denken möchte. Im Uebrigen (! Ref.) herrschen Gesetze ...."

„Ob im einzelnen Fall diese oder eine andere Erinnerung in uns auftaucht, ob diese oder jene Reihe von Erinnerungsbildern durchlaufen wird etc., das kann oft (! Ref.) ganz oder doch vorwiegend bedingt sein durch den Zustand, in welchem sich das Gehirn zur betreffenden Zeit befindet." „Welche Vorstellung aber zuerst in uns lebendig wird, als Ausgangspunkt einer Reihe oder eines Kreises von Erinnerungsbildern, das wird, wenigstens in der Regel, auch bei den hergehörigen pathologischen Zuständen und beim Traume, aus der im Augenblick vorhandenen Erfahrung heraus, namentlich aber von Seiten der Sinnesorgane her, gegeben, oder doch angeregt und veranlasst." Weiterhin wird, „wo mehrere Verknüpfungen da sind, nach bestimmten Gesetzen die eine oder andere zur Erinnerung kommen".

6) Kennzeichen der Erinnerungsbilder, Phantasie. — Auf die Frage: an was man erkenne, dass eine in uns lebendige Vorstellung ein Erinnerungsbild sei, oder nicht? giebt Verf. die Antwort: „Es wird in dieser Hinsicht allein darauf ankommen, ob ich in mir die fragliche Vorstellung schon mit anderen Vorstellungen gedächtnissmässig verbunden finde, oder nicht." Man kann z. B. im Anfang glauben, eine Person sei einem fremd, aber dadurch, dass man an beim früheren Begegnen Gesprochenes oder sonst

Vorgefallenes erinnert wird, kann plötzlich die deutliche Erinnerung auch der Person auftauchen.

„Es wäre möglich, dass eine Art der Erinnerungstäuschung, unter welcher Bezeichnung nach meinem Dafürhalten bislang sehr Verschiedenartiges zusammengefasst wird, darauf zurückzuführen wäre, dass die betreffende Vorstellung mit ihrem Auftauchen oder Erwecktwerden in uns verschiedene pathologische Verknüpfungen mit anderen mehr oder weniger dunkel anklingenden Vorstellungen schon hätte oder sofort eingehen würde (ohne dass uns dies zum Bewusstsein käme), so dass wir die betreffende Vorstellung nicht als eine neue zu erkennen vermöchten."

„Wir können die Elemente der (wo? Ref.) vorhandenen Bilder auch zu anderen Bildern als diese selbst sind gruppiren und können Gedächtnissbilder in neuer Weise aneinanderreihen und anordnen, wir können, mit einem Worte, mit der Phantasie thätig sein."

Später können wir uns auch wieder an frühere Phantasiebilder erinnern. Dass wir diese nun nicht für wirklich Erlebtes halten, kommt daher, dass wir zugleich gedächtnissmässig auch wissen, dass wir willkürlich die betreffenden Verknüpfungen vorgenommen haben. Im Traume und in manchen Krankheiten kann diese Unterscheidungsmöglichkeit fehlen. — „Es wird deshalb auch verständlich, dass ein starkes Vorwalten der Phantasie bei einem Menschen, ein starkes und ungezügeltes Thätigsein mit derselben vom psychiatrischen Standpunkte aus grosse Gefahren einschliesst oder Oel in's Feuer giesst. Ich sage: Oel in's Feuer giesst, weil ein sehr starkes Ueberwiegen der Phantasie gewöhnlich schon ein Zeichen von Geschädigtsein des Gehirns ist, am häufigsten bei hereditär belasteten oder infolge von Excessen u. dergl. degenerirten Hirnen vorkommt, auch im besten Falle leicht mit einer gewissen Empfindlichkeit des Nervensystems verbunden ist. Um Phantasie-, wenigstens mehr phantasie- als gedächtnissmässige pathologische, mit mehr oder weniger Zwang auftretende, Leistungen wird es sich speciell bei manchen Wahnvorstellungen und namentlich bei manchen Fällen solcher Wahnvorstellungen, handeln, wie sie bei der Verrücktheit vorkommen." Es fehlt hier dem gegenüber, was auftaucht, „eine gewisse Hemmung, Correctur und Controle". Auch *Meynert* habe (nach *K.* erst) „mit Rücksicht auf die Wahnvorstellungen der Verrückten ebenfalls einen cerebralen Hemmungsmangel angenommen".

7) Constans und Variabilität der Erinnerungsbilder. — In der Erinnerung kann ein Bild nach einiger Zeit vom Originale einigermaassen abweichen. Der Grund davon liegt wesentlich darin, dass wir nur die Haupt-Umrisse und -Merkmale uns einprägten und die zwischenliegenden Stellen dann „nach unserer bisherigen Erfahrung theils auf phantasie-, theils auf gedächtnissmässige Weise ausfüllen".

Die „Constans der Erinnerungsbilder" besteht darin, dass, obwohl man sich schliesslich vielleicht „ein ganz anderes Bild vorstellt, als man sich vorzustellen meint", „daneben doch der erste, richtige Eindruck im Hinter-

grunde stehen zu bleiben scheint". „So bekommt man z. B. im Traume von einem Gegenstand auf einmal wieder das alte richtige Bild."

8) Dauer des Gedächtnisseindruckes. — „Die tägliche Erfahrung scheint dafür zu sprechen, dass alle Gedächtnisseindrücke, wenn sie nicht immer auf's Neue wieder geweckt und verstärkt werden, allmälig verblassen und endlich ganz untergehen." „Es wird auch wohl so sein, dass man — nicht nur unter abnormen Verhältnissen in manchen Krankheiten, im Alter, überhaupt wenn das Hirn in bestimmter Art sich pathologisch verändert, sondern auch normaliter — allmälig Alles vergisst, was man sich nicht repetirt, über allen Zweifel aber ist dies doch keineswegs schon erhaben." „Es sind manche Thatsachen vorhanden, welche uns zeigen, dass manches total vergessen zu sein scheinen kann, von dem gleichwohl ein ganz zureichender Eindruck geblieben ist." Man hat z. B. einen Eigennamen vergessen; wenn man ihn aber wieder nennen hört, so erkennt man ihn auch wieder ganz bestimmt als den gesuchten und früher gehörten an. Ebenso kann ein gänzlich vergessenes Bild einer Person im Traume wieder vollständig deutlich auftauchen. Man erinnert sich ferner oft nach vielen Jahren „plötzlich wieder an eine (vielleicht ganz unbedeutende) Sache, von der man so zu sagen längst keine Ahnung mehr hatte".

„Dass es auch eine gewisse Subjectivität des Gedächtnisses, eine angeborene oder durch Uebung erworbene Fertigkeit giebt, Dinge aus dem einen Gebiet leichter zu merken und zu behalten, als aus dem anderen, ist bekannt. In pathologischer Hinsicht glaube ich, dass Gedächtnissschwäche aus Mangel an längerer Dauer des Eindruckes die Intelligenz weniger schwächt, als der Zustand, wo die durch Componenten oder sonst (doch? Vgl. S. 384 oben) verknüpften Vorstellungen einander nicht zureichend auslösen."

Hypnotismus.

Berger, *O.*, „Ueber das Verhalten der Sinnesorgane im hypnotischen Zustande". Vortrag, geh. im physiol. Verein zu Breslau am 7. Febr.

„In einem gewissen Stadium der Hypnose lässt sich eine höchst auffallende hochgradige Verfeinerunng der Sinnesfunctionen, insbesondere des Tastsinnes (und Muskelsinnes), des Gehörs und des Sehvermögens nachweisen." Es ist dies ein Stadium, in dem schon „Bewusstlosigkeit (im weiteren Sinne) und Erinnerungsdefect" vorhanden ist.

Bei Gesunden sind bezüglich geringer Reize, die an der Grenze der Schwellenwerthe stehen, die Angaben selbst intelligenter Personen sehr unsicher und schwankend. Es lässt sich dies aus der „wechselnden und sich bald erschöpfenden Aufmerksamkeit" erklären. Bei den Hypnotischen ist das Aufmerken immer ein ungetheiltes. Daraus erklärt sich auch die oft

Staunen erregende Schnelligkeit, mit der die Antworten auf Fragen erfolgen.

Der minimalste Berührungsreiz, wie z. B. die Berührung mit einem einzelnen Haare, wird von den Hypnotischen auch an sonst wenig empfindlichen Hautstellen sofort wahrgenommen und scharf localisirt. — Auch sind die Tastkreise bedeutend verkleinert. Z. B. am Unterschenkel und Fussrücken, wo nach *Weber* der Mittelwerth der Tastkreisdurchmesser 18 Lin. beträgt, wurde noch bei 3 Lin. Durchmesser doppelte Empfindung wahrgenommen; am Rücken und Oberarm (nach *Weber* 24—30 Lin.) bei 3 bis 4 Lin. Auch der Drucksinn zeigte sich auffallend gesteigert. Besonders in die Augen springend war aber die gesteigerte Empfindlichkeit für Temperatur-Unterschiede: leichtes Anblasen der Rückenhaut wurde noch auf 6 Fuss wahrgenommen, wo die Hand eines Wachenden gar nichts davon verspürte.

Die Schmerzempfindlichkeit der Haut ist dagegen bei alledem nicht erhöht, sie ist in diesem Stadium der Hypnose ziemlich oder ganz normal.

Die Hyperästhesie des Gehörs zeigt sich schon durch die auf ganz leise Geräusche hin erfolgenden Nachahmungsbewegungen. Die Flüsterstimme wird noch in einer Entfernung von 18—20 M. gehört, der *Politzer*'sche Hörmesser, den normale Ohren bis zu etwa 15 M. Entfernung hören, wird noch bei 22 M. Abstand wahrgenommen (bezw. es wird nachgesprochen).

Ueberraschend zeigte sich auch die Verschärfung des Sehvermögens. In einem ganz schwach erleuchteten Zimmer, in welchem kein Normalsichtiger einen einzigen Buchstaben lesen konnte, vermochte ein hypnotischer Student Worte und Zeilen abzulesen. Unmittelbar nach der Hypnose vermochte er es wieder nicht mehr, bei neuer Hypnose wieder, nach Neuerweckung wieder nicht mehr. (Der Versuch hinterliess übrigens lebhafte Schmerzen in den Augen.) Bei späterer Wiederholung der Hypnose gelang bei diesem Individuum der Versuch nicht mehr, weil die Hypnose nun jedesmal zu tief wurde, dagegen gelang der Versuch bei einem zweiten Individuum ganz in derselben Weise.

Auch eine Hyperosmie hat *B.* constatirt. — All diese Versuche gelangen aber nur bei einzelnen Hypnotischen.

B. hat ferner früher schon constatirt, dass bei der gewöhnlichen tiefen Hypnose Analgesie vorhanden zu sein pflegt, dass dagegen diejenigen Personen, welche das Bewusstsein vollständig bewahren, eine hochgradige Hyperalgesie zeigen. Er fügt dem jetzt hinzu, dass „bei localer Kataleptisirung, z. B. einer Extremität, die Hyperalgesie nicht nur hier, sondern sofort an der ganzen entsprechenden Körperhälfte, incl. Gesichts- und Zungenhälfte, in die Erscheinung treten kann. Sie persistirt dann überdies ca. 1—3 Min. nach Beendigung des Versuches und in diesem Nachstadium scheint auch die andere Körperhälfte zu participiren."

Die beschriebenen Untersuchungen „bilden die physiologische Grundlage für zahlreiche krankhafte — speciell bei Hysterie vorhandene — an

das Wunderbare grenzende Erscheinungen." Man darf bei denselben nicht gleich von Simulation oder Täuschung sprechen. Bei dem Nachtwandler sehen wir ja auch z. B. gesteigerte Gleichgewichtssicherheit.

Der Umstand, dass ein tief Hypnotischer doch durch ein kräftiges Anblasen des Gesichtes fast augenblicklich erweckt wird, legt die Annahme nahe, dass, trotz der sehr auffälligen Analgesie, der Tastsinn auch in diesem Stadium noch erhalten sei, wenn man ihn auch auf andere Weise nicht ad oculos demonstriren kann. Dass Gesichts- und Gehörsinn dabei verschärft sind, wird dagegen bewiesen durch die auf die leichten Sinneseindrücke hin auftretenden Nachahmungsbewegungen. In ganz tiefer Hypnose sistiren allerdings auch diese, *B.* erklärt dies daraus, dass hier die gesammte willkürliche Körpermusculatur (incl. der Articulationsorgane) in einen hochgradigen tonischen Krampfzustand geräth, der Muskelbewegungen unmöglich macht. Es bewiese der Umstand also durchaus keinen Wegfall der Sinnesthätigkeit.

Die berüchtigte „Transposition der Sinne" reducirt sich also auf eine Verschärfung derselben. Manche Personen können so mittels der Haut „sehen". *B.* hat auch in dieser Richtung Staunen erregende Leistungen gesehen.

Auch die von *B.* beobachtete Thatsache, dass manche Tabeskranke nach der Hypnose für einige Minuten eine verminderte Coordinationsstörung zeigen, wird wohl durch die vorübergehende Verschärfung des Tast- und Muskelsinnes zu erklären sein.

D. Hack Tuke, „Hypnosis Redivivus". — The Journ. of Mental Science. Jan.

T.'s Arbeit ist zum grössten Theile kritisches Referat, doch nimmt er auch Bezug auf eigene Experimente, und entwickelt seine Ansichten in Anknüpfung an die einzelnen Referate.

Zunächst ist letzteres der Fall in Bezug auf den der Hypnose zu Grunde liegenden Zustand des Gehirns. Die nächstliegende Annahme bezüglich des Unterschiedes zwischen Schlaf und Hypnotismus in dieser Beziehung sei die, dass im Schlafe die Veränderung der Blutfülle des Gehirns durch die befreite Thätigkeit der vasamotorischen Nerven das letztere in toto betreffe, beim Hypnotismus nur Theile desselben. *T.* citirt *Carpenter*, der (Mesmerism and Spiritualism, 1877) sagt: „Wir können den Mesmerischen Schlaf ziemlich sicher auf eine Verminderung des Blutstromes (im Gehirn) beziehen, der durch eine Art krampfhafter Contraction der Blutgefässe veranlasst wird."

Heidenhain's Einwendungen hiergegen lässt *T.* nicht recht gelten. Einmal beweise vielleicht die Congestion des Gesichtes (infolge Amylnitrit-Einathmung) kaum, dass keine Hirnprovinzen da seien, in welchen der Blutstrom vermindert wäre, ferner sei die Untersuchung der Retina in diesem

Zustande eingestandenermaassen eine schwierige und beeilte gewesen, und, wenn auch die Netzhautgefässe sich im Zustande der Erweiterung befunden hätten, so folge selbst hieraus noch nicht, dass gleichzeitig das ganze Gehirn hyperämisch gewesen sei. Wenn aber einzelne Hirntheile dem Einfluss des Amylnitrits widerstanden hätten, während andere hyperämisch geworden, so sei es gar nicht überraschend, dass die Erscheinungen des Hypnotismus nach der Amyl-Einathmung sogar noch stärker als gewöhnlich sich gezeigt hätten. — Dennoch giebt der Verfasser zu, dass in der Hypnose viele Erscheinungen von allgemeiner Anregung der Circulation vorhanden seien. Später (S. 539) gesteht er ferner, dass der Umstand, dass die Hypnose um so leichter zu setzen, je öfter sie schon gesetzt gewesen, für Unabhängigkeit des Zustandes von grösserer oder geringerer Blutfülle des Gehirns spreche.

Abgesehen von der Frage der Circulationsverhältnisse bei der Hypnose müsse man wohl schliessen, dass das Centrum oder die Centren der Grosshirnrinde, mit welchen das Gefässsystem in functionellem Zusammenhang steht, ausser Function sei. *Ferrier* ist geneigt, dem Frontallappen im normalen wachen Zustande einen hemmenden Einfluss auf das Gefässsystem zuzuschreiben und man kann deshalb annehmen, dass diese Gegend sich beim nervösen Schlafe hauptsächlich im Schlafzustande befinde. *T.* kann nicht zugeben, dass die ganze Corticalsubstanz in einem solchen sei. Dagegen spreche schon die oft erstaunliche Erinnerung mancher in diesem Zustande Befindlichen an frühere Erlebnisse.

„Der Verlust der Allgemeinempfindung (general sensibility), der so oft zu bemerken ist, verstärkt wahrscheinlich die scharfe Kraft der anderen Sinne.“

Die gegenseitigen Hemmungen (im Wachen) sind nach *Ferrier* bei den Individuen sehr verschieden entwickelt, durch Anlage und Erziehung; auch bei demselben Individuum sind sie dadurch nach verschiedenen Richtungen hin verschieden ausgebildet.

Die Entstehung der Hypnose erklärt *T.* so: die willkürliche Fixirung der Aufmerksamkeit wird bis zu solchem Grade geführt, dass Erschöpfung und zeitweilige Lähmung des Willens eintritt. Mit dieser Lähmung der höheren Hirncentren wird die automatische Action niederer Centren natürlich freigegeben.

Ob die Thätigkeit eines Gehirntheiles angehalten werden kann, ohne dass darauf auch eine Veränderung der Circulation in ihm stattfände, ist schwer mit Sicherheit zu entscheiden, aber jedenfalls ist es sehr wahrscheinlich, dass dabei die Circulation vermindert werde.

Bei dem „Magnetisiren“ durch Streichen mit den Händen tritt die Erregung der Hautnerven des Gesichtes an die Stelle der Opticus-Erregung. So erklärt sich *T.* auch das Experiment, das *Baillif* im Jahre 1859 im Necker-Hospital gemacht habe, nämlich einen Schlafenden in Hypnotismus zu versetzen.

T. hat Versuche mit Hühnern angestellt, war aber mit den Resultaten nicht recht zufrieden. Er meint, dies Experiment complicire immer die beinahe hoffnungslose Furcht der Thiere und er könne *Preyer* nicht zugeben, dass bei dessen Experimenten diese Schwierigkeit eliminirt sei. (? Soviel Ref. weiss, schreibt *Preyer* jene Erscheinungen sogar allein der Furcht zu.)

Nach Anführung eigener Versuche an 3 Fröschen, erwähnt *T.* das *Preyer*'sche Wort „Kataplexie“ und meint, es könne Furcht wohl die Veranlassung der Erscheinung sein, welche ja auch die instinctive Neigung mancher Thiere bedinge, in der Gefahr der Aufmerksamkeit dadurch von sich abzulenken, dass sie sich todt stellten. Die Veranlassung könne aber auch in einem Drucke der Finger auf die Gefässe und selbst auf das Herz liegen.

Ein in einem Privatkreise Hypnotisirter sagte nach dem Erwecktsein zu *T.*, dass er seinen Körper deutlich von dem Experimentator mit sanfter Gewalt angezogen und abgestossen gefühlt habe. Wenn er von Letzterem hätte wegsehen können, so glaube er, er hätte sich auch ihm entziehen können, aber dies sei ihm eben ganz unmöglich gewesen. — Bei einem weiteren Versuche sprach derselben Person der Experimentator vor, dass sie nicht sprechen könne und in der That konnte sie es dann nicht. Nachher erzählte sie, sie habe eine Gewalt empfunden, eben stark genug, um es ihr angenehmer erscheinen zu lassen, die Sprachmuskeln nicht in Thätigkeit zu versetzen. — Das Individuum war lediglich durch Fixiren Seitens des Experimentators hypnotisirt.

Auch Fälle von inducirten Träumen führt *T.* an. Nachdem einem jungen Manne vorgesprochen worden war, er sei ein Geheimpolizist und vor ihm stehe ein Mörder, so hielt er letzteren fest, band ihn und untersuchte seine Taschen u. s. w. — Ein junges Mädchen hatte seinen Namen vergessen, liess sich weiss machen, es habe einen andern u. s. w. — Den Puls fand *T.* (bei Einer jungen Frau) in der Hypnose von 88 auf 100 gestiegen, die Pupillen weniger reagirend und ein wenig erweitert, die Augäpfel nach oben gerichtet.

Indem *T.* zur Besprechung des Bewusstseins-Zustandes bei der Hypnose übergeht, sagt er: „Nichts kann merkwürdiger sein, als die (durch die Betrachtung des verschiedenen Bewusstsein-Zustandes hierbei) sich ergebende Gewissheit, dass das Bewusstsein in Bezug auf die Aussenwelt und das in Bezug auf die Innenwelt 2 ganz verschiedene Dinge sind, und dass es gleichgültig ist, ob (in der Hypnose? Ref.) das erstere vorhanden ist, oder nicht.“

Wir sehen in der Hypnose einen Menschen mit Bewusstsein (consciously) hundert Dinge thun, die er nicht thun, und hundert Dinge sagen, die er nicht sagen möchte. Es werden uns damit gewisse Formen von Geisteskrankheit vor Augen geführt, mit Einfluss der Besessenheit. Dass dabei „Bewusstsein mit Bezug auf die innere Welt“ vorhanden sein kann, wird durch die Fälle bewiesen, in denen sich die Personen bei neuer Hypnose

an das, was sie in der früheren thaten und sagten, erinnern[1]). „Wahrscheinlich kommt dies auch in Träumen vor, ohne dass wir im Stande wären, dies zu prüfen[2]).“ Wir führen dann 2 verschiedene Leben.

Automatismus ist ein wesentlicher Bestandtheil des Hypnotismus. Das Bewusstsein der Aussenwelt, und infolge davon (? Ref.) Erinnerung, sind Zufälligkeiten. *Braid* machte einige seiner bemerkenswerthesten Kuren „in dem paradoxen Zustande von schlaflosem Hypnotismus.“

Die hauptsächlichsten Ermittelungen *Braid*'s fasst *T.* schliesslich in 5 Sätze zusammen, deren letzter lautet: „Er hat gezeigt, dass sehr schnell Veränderungen in der Circulation und Innervation gesetzt werden können und auf diese Weise eine Behandlungsmethode gewonnen werden kann, die nicht „magnetisch“ ist, sondern auf bekannten physiologischen Grundsätzen beruht.“

Braid's Sohn, auch ein Arzt, schrieb vor 15 Jahren an *T.*, sein Vater „habe entdeckt, dass die wahre Ursache der unter dem Namen Mesmerismus begriffenen Erscheinungen beruhe auf der psychischen Concentration der afficirten Personen selbst.“ *Braid*'s Glaube an die heilende Kraft des Hypnotismus war bis an sein Lebensende unvermindert.

Als Anhang giebt *T.* einen Abriss der Geschichte des Hypnotismus. Er beginnt mit *Mesmer*, erwähnt dass *Cuvier* geglaubt habe, unter gewissen Bedingungen könne ein lebendes Wesen einen magnetischen Einfluss auf ein anderes äussern. — In England gab (wann? Ref.) die Ankunft eines französischen Magnetiseurs in London und die Bekehrung von *Elliotson* zu lebhaften Debatten Veranlassung, welche in ein Chaos endigten. *Braid* wurde auch durch einen Aufsehen erregenden, „peripatetic lecturer“ zu seinen Versuchen veranlasst (1841). *John Forbes*, *Laycock*, *Noble* und *Carpenter* beschäftigten sich mit dem Gegenstande. Im Jahre 1843 machten Dr. *Collyer* und Mr. *Sutherland* s. g. electrobiologische Experimente. Im Jahre 1848 hielt ein Geistlicher, *Dods* genannt, eine electrobiologische Vorlesung vor dem Senat der Vereinigten Staaten.

In Edinburgh kam 1851 der Hypnotismus zu Ehren durch die öffentlichen Vorstellungen des Dr. *Dasling* und Mr. *Lewis*. Prof. *Gregory* veröffentlichte „Letters on animal Magnetisme“ (wann? Ref.). Im Jahre 1859 nahm *Piorry* in einer Mittheilung an die Academy of Sciences die Priorität für die Beobachtung der unter dem Namen Hypnotismus zusammengefassten Erscheinungen für sich in Anspruch. Er habe schon im Jahre 1816 im

---

[1]) Ref. glaubt, dass allen solchen Unterscheidungen erst eine Definition des Begriffes „Bewusstsein“ vorausgeschickt werden sollte, solange wir eine allgemeingültige dafür nicht besitzen. Nur darnach dürfte eine Einigung in auf dem Begriff basirenden Entwickelungen möglich sein.

[2]) Ref. möchte doch, nach persönlicher Erfahrung, wie nach verschiedenen Angaben Anderer, das Vorkommen der Anknüpfung von Träumen an frühere Träume bestimmt behaupten.



„Journal de la Vienne“ (?? Ref.) darüber geschrieben, dann in den Jahren 1828 und 1833.

1859 erregte in Paris viel Aufsehen der erneute Versuch, Operationen im hypnotischen Zustande auszuführen. *Broca* machte damals eine Mittheilung an die Société de Chirurgie. *Velpeau* übermittelte die Sache an das Institut. Eine sehr schmerzhafte Operation wurde schmerzlos vollzogen.

Hierauf kommt *T.*, ohne Erwähnung *Richet's*, zur neuesten deutschen Literatur.

Bäumler, Chr., „Der s. g. animalische Magnetismus oder Hypnotismus“. Unter Zugrundelegung eines für die academische Gesellschaft zu Freiburg gehaltenen populären Vortrags. — Leipzig, F. C. W. Vogel.

Dem Zwecke des Vortrages entsprechend, fasst *B.* wesentlich die festgestellten Thatsachen zusammen. Doch bietet er daneben auch dem Fachmanne Bemerkenswerthes.

Bezüglich der Geschichte des Gegenstandes verweist er zunächst, ausser hier schon Erwähntem, noch auf den Tempelschlaf der alten Griechen, auf die Delphischen Seher und Seherinnen, auf die Verzückungen etc., welche im Mittelalter in ganzen Gegenden wütheten. Dann fügt er bezüglich der Literatur auch manches noch nicht hier Angeführte bei. Er citirt u. A. den Schotten *Maxwell* (de Medicina magnetica libri 3, Frankofurti 1679), weist hin auf den Irländer *Val Greatrakes*, der in der zweiten Hälfte des 17. Jahrhunderts in England durch Handauflegen und Reiben Kranke behandelte und grossen Zulauf hatte, ferner auf die Arbeiten von *Braid*, *Forbes*, *Carpenter*, *Azam*, *Lasègue*, auf einen vortrefflichen populären Aufsatz von *A. Siebert* in der Augsb. Allg. Zeitung 1856, auf *Demarquay*, *Giraud-Teulon*, *Baillif*, *Pau de St. Martin*, *Elliotson* (London) welch letzterer wenige Jahre vor *Braid's* Untersuchungen allzu enthusiastisch den Erscheinungen gegenüber sich verhielt und inderfolge von hysterischen Patientinnen mannigfach getäuscht wurde. — Bezüglich *Braid's* erwähnt *B.*, dass er seinen Entdeckungen dadurch auch wohl wirklich geschadet habe, dass er sie in Verbindung gebracht mit der, damals im englischen Publicum sehr florirenden Phrenologie, über welche die Wissenschaft bereits den Stab gebrochen hatte.

Nach *Braid's* Veröffentlichungen wurden in England mehrfach kleinere chirurgische Operationen, sogar auch Amputationen, an hypnotisirten Kranken schmerzlos ausgeführt und, ohne die bald folgende Entdeckung von Aether und Chloroform, wäre die Methode wahrscheinlich noch häufiger verwendet worden.

Braid unterschied schon verschiedene Grade, bezw. verschiedene Stadien, der nervösen Störung, Hypnose genannt. — Die Möglichkeit, Hallucinationen zu erzeugen, ist individuell sehr verschieden. Personen, die sehr dazu

neigen, plaudern auch sehr leicht in der Hypnose Geheimnisse aus. *Kleist* hat im „Käthchen von Heilbronn" einen solchen Zustand geschildert, offenbar unter dem Einfluss der ersten *Mesmer*'schen Bewegung.

Ein grosser Theil des Vortrages ist der Darlegung der Mechanik der Hirnfunctionen überhaupt gewidmet, als Grundlage für die Darlegung der hypnotischen Erscheinungen.

Bezüglich der Erklärung der letzteren betont *B.*, dass, wenn die Hemmungen Seitens der Grosshirnrinde wegfallen, die niedrigeren Centren freier werden. Er beruft sich dabei auf den *Goltz*'schen Quakversuch. — Der hallucinirende Hypnotiker „arbeitet so zu sagen nur mit einem Theil seiner Persönlichkeit". Eine ganz ähnliche Art von Delirium beobachte man häufiger bei acut Kranken, zur Zeit wo das Fieber einen plötzlichen Rückgang erfährt, immer nur kurz dauernd. Diese Kranken haben, wenn sie nach einer durchschlafenen Nacht normal erwachen, an den verangegangenen Zustand gar keine, oder nur eine sehr blasse Erinnerung. Den Vorgang im Bewusstsein eines Solchen vergleicht *B.* mit einem Wanderer, „der in finsterer Nacht in einer ihm wohlbekannten Gegend einer ganz schmalen, durch einen blossen Lichtstreifen hell erleuchteten Bahn über Stock und Stein folgt. Da und dort wird ihm etwas Bekanntes aufstossen, aber er wird doch nie völlig orientirt sein, und am Tage den zurückgelegten Weg nicht wieder finden können".

Die Thatsache, dass die Erinnerung an das früher im hypnotischen Zustand Erlebte und Gedachte in neuer Hypnose bei manchen Personen offenbar wieder vorhanden ist, lässt annehmen, dass „während des Anfalls eine ganz andere Hirnpartie thätig sei, die mit der gewöhnlich thätigen, obwohl sie deren Erfahrungen theilt, zeitweise in keiner Verbindung steht".

B. constatirt dann die Verschiedenheit der Methoden, durch welche Hypnotismus gesetzt werden könne und erwähnt dabei, dass ein Engländer Namens *Catlow*, der in den vierziger Jahren viel magnetisirte, leises und langsames Bürsten der Stirn mit einer weichen Bürste angewandt habe, dass Andere wieder leises Streichen mit weisser Fasanen- oder blauer Papageienfeder als besonders wirksam gerühmt hätten, und endlich *Elliotson* durch Anhauchen einzelne Erscheinungen hervorgebracht habe. — Sehr alt scheint der Gebrauch zu sein, einen glänzenden Gegenstand fixiren zu lassen. „Egyptische Zauberer sollen seit Jahrhunderten dadurch Hypnose hervorrufen, dass sie kaballistische Zeichen inmitten einer glänzenden Porzellan- oder Krystallschale anstarren lassen, und vielleicht ist, wie man meint, die Ruhe der indischen Fakirs hervorgerufen durch Muskelstarre, die dadurch entsteht, dass sie ihre Nasenspitze fixiren." — *Braid* erhob das Fixiren zur Methode. Der Magnetiseur, dessen Vorstellungen ihn zu seinen Versuchen angeregt, hiess *Lafontaine*. — Dass auch Gehörseindrücke gleichmässiger Art bei Einigen den Zustand hervorrufen können, beweist schon ein vom heiligen Augustinus (de civitate Dei lib. XIV, cap. XXIV.) erzählter Fall, wo bei einem Mann „ein Schlafzustand mit Aufhebung der Hautempfind-

lichkeit durch ein Geräusch wie das eines Weinenden beliebig oft hervorgerufen werden konnte". — *Mesmer* benutze mit die Wirkung der Musik, Andere benutzten auch das Rauschen eines Baches oder Wasserfalls. *Richet* endlich hypnotisirte „par des actions de toutes sortes."

Azam, Braid und alle Neueren betrachten als Hauptbedingung die Aufmerksamkeit, bezw. deren excessive Anspannung. „*Braid* giebt direct als Mittel an, der Hypnose zu entgehen, die Augen sowohl als die Gedanken herumwandern zu lassen."

Dennoch erkennt *B.* das psychische Moment nicht als die Hauptsache an. Dagegen spreche besonders der Umstand, dass Schlafende, oder Personen, die noch nie von der Sache etwas gehört haben, auch hypnotisirt werden können. Ferner auch die im völlig bewusstlosen Zustande auf lokale Reizungen hin auftretenden Erscheinungen, wie z. B. isolirter Krampf eines Muskels. Diese Umstände sprächen auch für rein physische Wirkungen. *B.* betrachtet das psychische Moment deshalb nur als ein ungemein wichtiges, in vielen Fällen sogar allein hinreichendes.

B. wendet sich nun zur Besprechung der individuellen Disposition für die Hypnose. „Das subjective Moment scheint mir die Hauptsache zu sein, nicht die objective äussere Beeinflussung." Er erinnert an eine Patientin *Baillif*'s, die sich selbst, durch Fixiren ihres Fingers, hypnotisirte. — Den Procentsatz der ausgesprochen Disponirten taxirt *B.* auf 15—20. auch nach den Breslauer Erfahrungen. „*Braid* dagegen scheint der Meinung gewesen zu sein, mit Ausnahme von Kindern und gewissen Geisteskranken Jeden hypnotisch machen zu können. Bei der grossen Verschiedenheit, welche verschiedene Stämme und Nationen in Bezug auf ihre nervöse Constitution darbieten, ist anzunehmen, dass auch dieser Procentsatz ziemlich grossen Variationen unterliegt."

Auf die Frage: worin die Disposition bestehe? antwortet *B.*: „Da wir zur Annahme kamen, dass es sich bei den Erscheinungen des Hypnotismus um eine Störung des normalen Gleichgewichts zwischen den verschiedenen Hirnpartien, um eine vorübergehende Alteration oder Aufhebung der normalen Subordination der verschiedenen Hirnthätigkeiten handelt, werden wir die Disposition zum Zustandekommen dieser Störung in einer grösseren Beweglichkeit, in einer gewissen Schwäche der Constitution des Nervensystems finden müssen. Denn jene Gleichgewichtsstörung wird um so leichter eintreten können, je weniger fest überhaupt der Gleichgewichtszustand des Nervensystems bei einem Menschen ist. Manchen ist diese Disposition als Familienerbtheil eigenthümlich, Andere erwerben sie durch Krankheiten, oder durch verschiedene andere äussere Einwirkungen."

Auch bei gröberen organischen Krankheiten des Hirns kommt der Zustand vor. So sah *B.* bei einem Epileptiker einmal einen leichten epileptischen Anfall unmittelbar in vollständige Katalepsie übergehen, aus der Patient plötzlich wieder erwachte. Es kann bei Epileptikern auch, infolge der hypnotischen Manipulationen, statt der Hypnose ein epileptischer Anfall eintreten.

Bezüglich des Bändigens von Pferden durch Anstarren und Bestreichen derselben, verweist *B.*, ausser auf *Benedikt*'s Notiz, auch auf das Archiv für den thierischen Magnetismus (V, 3. Stück, Halle 1819).

Die Nachwirkungen öfterer Hypnotisirung, meint *B.*, könnten wohl üble sein. Es könne die abnorme Thätigkeit einzelner Theile des Nervensystems durch häufige Wiederholung mehr und mehr fixirt, und damit ein allgemein nervöser Zustand gesetzt werden. Zu *Mesmer*'s Zeit soll letzteres auch entschieden vorgekommen sein.

Zur Behandlung mit Hypnotismus müssen die Fälle sorgfältig ausgewählt werden. Die Erfahrungen bei Krampfzuständen seien nicht Hoffnung erweckend, doch könne man in manchen Fällen Schmerzen lindern. Als systematische Kur wird das Hypnotisiren nicht wieder aufkommen, wohl aber als Methode, um einzelne Krankheitserscheinungen zu beseitigen. — Vermeiden soll man es, den Patienten das Gefühl der Abhängigkeit vom „Magnetiseur" beizubringen, vielmehr soll man ihre Willenskraft zu stärken suchen, denn ein starker Wille ist bei unseren Heilbestrebungen immer ein wirksamer Bundesgenosse. Besonders Nervenleidende muss man sich bemühen, in ihren Empfindungen und Bestrebungen wieder normal zu reguliren.

Preyer, *W.*, „Die Entdeckung des Hypnotismus". „Nebst einer ungedruckten Originalabhandlung von *Braid* in deutscher Uebersetzung." Berlin. Gebr. Paetel.

P. entwickelt in lichtvoller Weise die Gesichtspunkte, von denen *Braid* ausging und die Resultate, zu denen er untersuchend gelangte. Dem Ref. scheint dies, namentlich bei dem Mangel deutscher Uebersetzungen von *Braid*'s Werken, auch für weitere Kreise von Interesse. — *P.* empfiehlt übrigens das Studium der *Braid*'schen Werke selbst sehr warm, indem er sagt, dass „sie jedenfalls zu den interessantesten Abhandlungen gehören, die jemals über den Menschen geschrieben worden sind". — Zum Schlusse präcisirt *P.* noch den heutigen physiologischen Standpunkt in der Hypnotismusfrage.

Braid's Hauptwerk ist seine „Neurypnologie", welche 1843 erschien. Seine späteren Arbeiten modificiren das dort Gesagte nur wenig.

Ende 1841 erklärte er — nachdem er am 13. November desselben Jahres zum erstenmal der „magnetischen Sitzung" eines gewissen *La Fontaine* beigewohnt hatte —, dass die Erscheinungen in keiner Weise vom Willen oder von dem Streichen des Operateurs abhingen, dass vielmehr durch das Starren die zum Auge gehörigen Hirncentren mit ihren Annexen gelähmt würden und damit das Gleichgewicht des Nervensystems gestört sei.

Anfangs liess *Braid* seine Versuchspersonen einen auf die Stirn gebundenen Kork fixiren. Das wirkte bei manchen sehr gut, andere aber brachten das Fixiren eines so nahen Gegenstandes nicht fertig.

Zunächst sah *Braid* immer die Pupillen sich verengern, bald darauf sich erweitern. Sobald diese Erweiterung eingetreten war, schloss er den Individuen mit den Fingern die Augen, um die sonst, bei längerem Fixiren, auftretenden Schmerzen in den Augen und die Entzündung der Bindehaut zu vermeiden. (*Preyer* fand die Augenschmerzen immer bald nach dem Versuche von selbst aufhörend und die Bindehautentzündung durch kaltes Wasser leicht zu beseitigen.) Wenn nach innen und oben geblickt wird, tritt die Hypnose rascher ein, als beim Geradeausstarren.

Es kann vorkommen, dass beim gegenseitigen Fixiren 2 Personen sich gegenseitig hypnotisiren, auch sogar, dass der Operateur dadurch hypnotisirt wird und das Versuchsobject wach bleibt.

In Krankheiten soll es manchmal vorkommen, dass Kranke durch das Starren sich unfreiwillig hypnotisiren. — — Die Mönche vom Berge Athos und die „Säulenheiligen" versetzen sich möglicherweise auch in Hypnose.

P. fügt den Hinweis bei auf den religiösen „Autosomnambulismus" der Hesychasten, der Quietisten u. s. w., (die „Omphalopsychiker" starrten ihren Nabel an), und erwähnt auch die Derwische, welche, unter pendelnden Kopfbewegungen, bis zur Besinnungslosigkeit „Allah!" rufen.

Braid gelang es, einen auffallend hohen Procentsatz zu hypnotisiren. So z. B. in einer Versammlung von 14 ihm unbekannten Personen, die sich zur Sitzung gemeldet hatten, 10, ein anderesmal von 18: 16 (immer durch Anstarren eines Leuchters).

Blödsinnige konnte *Braid* nicht hypnotisiren, dagegen „erwies sich in gewöhnlichen Fällen von Geisteskrankheiten, von Monomanien, das Hypnotisiren oft heilsam".

Braid unterschied 2 Stadien des Hypnotismus: das primäre und das secundäre. Das erstere zeige gesteigerte Sensibilität und eine scheinbare Willfährigkeit. Bei genügender Empfänglichkeit folge auf dieses von selbst das secundäre Stadium, mit enorm herabgesetzter Empfindlichkeit und kataleptiformer Steifheit. (*Preyer* legt gegen diese scharfe Scheidung Verwahrung ein.)

Die erstaunlich gesteigerte Sinnesschärfe hat *Braid* vielfach constatirt, namentlich gesteigerten Tast- und Temperatursinn.

Die Erfahrung, dass der Tastsinn regelmässig anfangs gesteigert, später herabgesetzt, gefunden wurde, „so dass Wärme und Kälte, Stich und Kneipen keine Antwortsbewegungen veranlassten", brachte *Braid* darauf, in Fällen von krankhaft gesteigerter Sensibilität stärker zu hypnotisiren, in Fällen von herabgesetzter: schwächer, und geschah dies mit grossem Erfolge. Die heftigsten Schmerzparoxysmen wurden durch einmaliges Hypnotisiren für immer beseitigt, ebenso wurden bei Lähmungen beispiellose Erfolge erzielt.

Man kann Hypnotischen Zähne ausziehen, ohne dass sie Schmerz empfinden. *Esdaile* hat im Hospitale zu Calcutta sogar 300 grössere chirurgische Operationen in der Hypnose schmerzlos ausgeführt.

Die Hypnose unterscheidet sich vom Schlaf leicht und auf den ersten

Blick dadurch, dass ein vorher mit der Hand gefasster Gegenstand in der Hypnose noch fester umschlossen wird, während ihn im Schlaf die Hand loslässt. *Preyer* lässt deshalb jedes zu Hypnotisirende ein Lineal in die Hand nehmen. Wird dasselbe nach eingetretenem Lidschluss fallen gelassen, so besteht einfacher Schlaf.

Erstaunlich ist das Vermögen der Hypnotischen, das Gleichgewicht zu bewahren. Sie bewegen sich auch in der anmuthigsten Weise (weil natürlichsten) und verharren in jeder solchen Stellung. *Braid* meinte, dass „vielleicht die Natürlichkeit und die unübertroffene Schönheit griechischer Plastik mit auf der Verwerthung kataleptischer Stellungen hypnotischer Bachantinnen und anderer Modelle beruhe".

Bei Contracturen brachte *Braid* während der Hypnose die spastischen Muskeln zur Ruhe, die Antagonisten in Thätigkeit.

Braid hat auch schon Erscheinungen von halbseitigem Hypnotismus beobachtet, dieselben waren aber immer nur secundäre, d. h. aus doppelseitigen herausgebildete.

Anfangs meinte *Braid*, durch Berührung bestimmter Hautstellen könnten bei Hypnotischen bestimmte geistige Thätigkeiten, „Seelenvermögen" wachgerufen werden, und er bezeichnete dies als Phreno-Hypnotismus. Später gab er diese Ansicht und die Bezeichnung auf.

Unter dem Namen „Monoideïsmus" fasste *Braid* den Hypnotismus, die Kataplexie, die Fascination (= Verzauberung, oder „Versteinerung", die sich in Augenblicken plötzlicher grosser Gefahr bei manchen Menschen und Thieren einstellt) zusammen, „welche alle gemeinsam haben eine temporäre Störung der Thätigkeit nervöser Centren durch eine ungewöhnliche Erregung oder Vorstellung, auf welche die ganze Aufmerksamkeit ursprünglich sich concentrirt hatte".

Bei der Besprechung der von *Braid* erzielten Heilerfolge sagt *P.*: „Die Wunderdoctoren haben viel Zulauf und wirkliche Erfolge. Beruhen diese nicht zum Theil darauf, dass sie ihre Patienten hypnotisiren?"

Braid hat genaue Regeln angegeben, wie zu verfahren sei, um die Athmungs- und Pulsfrequenz herabzusetzen oder zu steigern, Contractionen zu lösen oder Lähmungszustände zu heben u. s. w. Selbstverständlich fand er auch Fälle, wo der Behandlungserfolg ausblieb. — Er selbst aber war im Jahre 1844 drei Tage lang von den heftigsten rheumatischen Schmerzen gequält. Nun hypnotisirte er sich, nachdem er Auftrag gegeben, ihn nach 9 Min. wieder zu wecken. Die Schmerzen waren beim Erwachen völlig verschwunden. Nach 8 Tagen erschienen sie wohl wieder, verschwanden nach nochmaligem Hypnotisiren nun aber für 6 Jahre. Beidemal hatte *Braid* in der Hypnose das Bewusstsein nicht ganz verloren. — *Braid* erinnert an die Fälle von plötzlicher Vertreibung von Zahnschmerzen durch den Anblick des Zahnarztes oder der Zahnzange. Er weist ferner darauf hin, dass mit Freude und Trübsal, mit Liebe und Hass, mit Furcht und Muth, Wohlwollen und Zorn somatische Veränderungen einhergehen (der Circulation,

der Respiration, der Sensibilität). „Es scheint ganz einleuchtend", führt er fort, „dass wir durch das Hypnotisiren eine schnellere und zuverlässigere Beherrschung der erwähnten physischen Erscheinungen erlangt haben, als durch irgend eine der bis jetzt angerathenen Verfahrungsweisen, auf die Einbildungskraft einzuwirken".

Bezüglich des Schicksales der Entdeckungen *Braid*'s erwähnt *P.*, dass *Braid* viele Angriffe und Verdächtigungen zu erfahren hatte. Erst 1853 erhielt er eine Anerkennung durch den Physiologen *Carpenter*, welcher die Richtigkeit der von *Braid* gefundenen Thatsachen bestätigte. Kurz vor des Letzteren Tod nahmen sich auch *Velpeau* und *Broca* seiner an, nachdem *Azam*, Professor in Bordeaux, seine Entdeckungen in umfassender Weise bestätigt hatte. — Aber zur damals geplanten Uebersetzung der „Neurypnology" in's Französische kam er doch nicht. 1875 erschien *Richet*'s Arbeit, die eine Bestätigung der *Broca*'schen Angaben brachte, 1878 kamen die *Charcot*'schen Mittheilungen über die Hypnotisirung Nervenkranker durch blosses Anstarren.

1872 hat *Hack Tuke* sogar die Beseitigung von Hornhauttrübungen durch Hypnotisiren empfohlen (1 Ref.).

Es führt *P.* nun weiter den gegenwärtigen physiologischen Standpunkt in der Frage aus. Er erwähnt zuvor nur noch die Thatsache, dass ihn Photographen versichert hätten, photographirte Individuen blieben öfters, nachdem das Bild längst fertig und die Platte schon präparirt sei, in der ihnen gegebenen Stellung regungslos und geistesabwesend sitzen, so dass sie förmlich geweckt werden müssten.

Die theoretischen Anschauungen *P.*'s sind hier grossentheils bereits nach anderen Publicationen referirt. *P.* nennt den Hypnotismus einen partiellen Schlaf, wie der Schlaf des Nachtwandlers auch einer sei. — Die ungleiche Hypnotisirbarkeit der Menschen erklärt er dadurch, dass bei manchen (den nicht hypnotisirbaren) die gesetzte Entziehung des Sauerstoffs rasch durch Zufuhr von frischem Blut ausgeglichen werden könne, die Ermüdungsstoffe rasch oxydirt und entfernt würden, und bei anderen Menschen dies nicht der Fall sei.

P. hat auch wiederholt (bei Frauen) im gewöhnlichen Schlafe lautes Sprechen und Weiterverarbeitung von Sinneserregungen zu Vorstellungen beobachtet.

Bezüglich der Frage der Disposition bemerkt er, dass es „mindestens ebensoviel auf die Art des Verfahrens, als auf eine angeborene oder constitutionelle Beschaffenheit" ankomme, und dass er es „für ganz ungerechtfertigt halte, zu behaupten, eine pathologische oder psychopathische Prädisposition sei in jedem Falle nothwendig". Sie sei nur günstig für das Eintreten der Hypnose. Die hypnotisirbaren Menschen bildeten die Majorität. Von 12 gesunden Studirenden, verschiedener Facultäten, wurden 9 durch *P.* hypnotisirt, und zwar einzeln. Der geringere Erfolg Anderer beruhe darauf, dass seitens ihrer Versuchspersonen die Augen bewegt wurden und

die Aufmerksamkeit abgelenkt, dass Nebengedanken bei ihnen entstanden. „Es giebt in der That nur wenige Männer, und, wie *Richet* betont, wahrscheinlich keine Frauen, welche nicht, nach wiederholten Sitzungen, hypnotisirt werden könnten."

An sich selbst beobachtete *P.* immer nach längerem Fixiren grössere Tiefe und längere Dauer des gewöhnlichen Schlafes, ein Beweis dafür, dass die gesetzte Ermüdung keine geringe gewesen war. Auch andere Männer gaben, nach vergeblichen Hypnotisirungsversuchen, an, dass sie traumlos viel länger als sonst geschlafen hätten.

P. schliesst mit dem Motto *Braid*'s: „Unbegrenzter Zweifel ist ebenso das Kind der Geistesschwäche wie unbedingte Leichtgläubigkeit".

Die noch ungedruckte **Arbeit Braid's,**

welche, in Uebersetzung, von *P.* noch angefügt ist, war von *Braid*, kurz vor seinem Tode an Prof. *Azam* gesendet worden. Sie war bestimmt für die Academie der Wissenschaften in Paris und wurde durch *Velpeau* ihr im Febr. 1860 vorgelegt. Sie enthält in kurzen Zügen *Braid*'s gesammte Entdeckungen. Besonders ist hier Einiges, sonst noch weniger betontes hervorzuheben.

B. beobachtete bei Patienten in sehr tiefem Schlafe sehr häufig die stete Wiederkehr der Erinnerung an das während früherer Hypnosen Geschehene, während die Erinnerung daran im wachen Zustande vollständig fehlte, — also das s. g. doppelte Bewusstsein.

Die überwiegende Mehrzahl der Patienten verfiel nicht in Katalepsie (mit erschwerter Athmung und beschleunigter Circulation), sondern nur in einen träumerischen Zustand, und hatte nach dem Erwecken volle Erinnerung an das Geschehene.

Die Fakirs und Yogins fixiren ihre Nasenspitze oder einen anderen Körpertheil mit gespannter Aufmerksamkeit und angehaltenem oder verschwächtem Athem.

Leute von sehr lebhaftem Temperament, welche nicht das Vermögen besitzen, ihre Aufmerksamkeit anzuspannen, sind nicht hypnotisirbar. Aus dem letzteren Grunde sind es auch Idioten nicht. Ebenso fand *B.*, aus demselben Grunde jedenfalls, eine sonst sehr empfindliche Patientin im Fieberdelirium nicht hypnotisirbar.

„Die Erscheinungen sind ebenso psychologischer wie physiologischer Art" und „Psychophysiologie" würde darum für ihre Zusammenfassung der richtige Ausdruck sein.

Bei manchen Individuen kann man die Denkthätigkeit auch während eines ganz wachen Zustandes derselben vollkommen beherrschen. Das sind dann die s. g. „wachen Phänomene" oder „electrobiologischen" (ein ganz absurder Ausdruck, wie *B.*, jedenfalls mit Recht, bemerkt).

Die *Mesmer*'schen Proceduren sind sehr zahlreich. Alle unterstützen den Patienten in der Herbeiführung eines Zustandes der Abstraction oder Fixirung der Aufmerksamkeit.

Versuche nach vielen Richtungen zeigten *B.*, dass es auf den Willen des Experimentators gar nicht ankäme, dass die hypnotischen Erscheinungen zustandekämen auch ohne, ja gegen dessen Willen.

Sinnestäuschungen konnte *B.* häufig hervorrufen. Er liess z. B. die Pole eines grossen Magneten fixiren. Die Versuchsperson sah nichts. Nachdem er ihr aber gesagt, dass sie bestimmt jetzt Feuer herauskommen sehen werde, so sah sie alsbald auch einzelne Funken, und nach kurzer Zeit einen Sprühregen solcher. Dann sah sie dasselbe auch an anderen Theilen des Zimmers, ferner nach Tagen wieder an der Stelle, wo der Magnet das erstemal gewesen (aber längst entfernt) war. Das geschah ohne Voraufgang anderer hypnotischer Manipulationen. Ebenso sah er, wie, ohne das Voraufgehen solcher, die einfache Behauptung, das Individuum könne die Hand nicht von einem Messingdraht, an den sie gelegt war, wegbringen, diese Unmöglichkeit wirklich setzte. Ebenso erzeugte gleich darauf die Behauptung, dass es nun unmöglich sei, die Hand wieder an den Draht zu bringen, wegen starker Abstossung desselben, auch die Unfähigkeit hierzu.

Die Concentrirung der Aufmerksamkeit auf Eine Vorstellung nennt *B.* „monoideodynamische" Einwirkung.

Der allgemeine Name „Hypnotismus" für all' die verschiedenen Stadien des Zustandes, meint *B.*, könne verwirren, weil ja doch oft noch Bewusstsein und nachher volle Erinnerung vorhanden sei. Er schlägt deshalb vor, den Namen nur für die Fälle zu gebrauchen, wo voller Schlaf vorhanden ist und nach dem Erwachen keine Erinnerung an das Geschehene (dagegen solche wieder in der nächsten Hypnose).

„Hypnotisches Koma" solle dann der noch tiefere Schlaf heissen, an den auch in späteren Hypnosen keine Erinnerung vorhanden sei.

„Monoideologie" solle die Lehre genannt werden des Einflusses vorherrschender Ideen auf die geistige und körperliche Thätigkeit,

„Monoideismus" der Zustand, in welchem das Gemüth von einer herrschenden Vorstellung besessen ist,

„Monoideisiren" der Act der Herbeiführung des Monoideismus,

„Monoideodynamisch" sollen die Erscheinungen genannt sein, die physischen und psychischen Veränderungen, welche durch den Einfluss des Monoideismus zu Stande kommen. —

Bei tieferer Hypnose, besonders im Zustande des doppelten Bewusstseins, hat nicht blos der Inhalt des dem Individuum Vorgesprochenen, sondern sogar schon der Ton, in dem gesprochen wird, Einfluss auf die Art der Sinnestäuschung. Wenn man z. B. das Individuum dazu gebracht hat, ein Thier zu sehen und man fragt weiter, in einem lustigen Tone: welche Farbe das Thier habe? so kann dies die Antwort: weiss, oder irgend eine helle Farbe, nach sich ziehen. Fragt man nun weiter, in einem traurigen Tone: welche Farbe hat es jetzt? so wird die Antwort auf schwarz, oder irgend eine dunkle Farbe lauten. Ebenso ist es bezüglich anderer Sinne. In gleicher Weise wirkt auch das Mienenspiel des Experimentators und anderer-

seits auch die Stellung, welche dieser dem Körper des Hypnotischen gegeben hat. (In die Brust geworfene Stellung ruft z. B. bei ihm Vorstellungen von Hoheit und Würde hervor, gebeugte Kopf- und Körperstellung Gedanken der Demuth oder Frömmigkeit etc.)

Eingehend auf den inneren Vorgang, welcher die Widerstandsunfähigkeit gegen befohlene Bewegungen bedingt, sagt *B.*: „Die Einprägung seitens des Experimentators setzt eine stärkere Nervenerregung für diejenigen Muskeln, welche die verlangte Bewegung hervorbringen, als der Patient im Stande ist, der entgegengesetzten Gruppe zuzuwenden. — Beiderlei Muskeln werden stark in Thätigkeit gesetzt.“ Der Patient kann dabei, wie an seiner schnellen Erschöpfung kenntlich, eine grosse Menge Nervenkraft verbrauchen. Die Behauptung des Experimentators z. B., ein der Versuchsperson in die Hand gegebener Stock sei jetzt so schwer, dass sie ihn nicht halten könne, kann bewirken, dass sie, nach heftigen Muskelanstrengungen, erschöpft zu Boden sinkt. — Umgekehrt kann der feste Glaube, etwas Bestimmtes zu vermögen, auch eine grossartige Kraftleistung erzeugen. Auch die Geschichte liefert Beispiele solcher fast „übermenschlichen“ Leistungen.

B. versucht nun die Erklärung der auf den ersten Blick so räthselhaften Erscheinung, dass auf denselben Sinneseindruck oft entgegengesetzte Erfolge eintreten, dass derselbe „mesmerisirend“ oder „demesmerisirend“ wirken kann, d. h. dass eine Muskelgruppe, die durch einen bestimmten Reiz in Thätigkeit versetzt worden war und eine Zeitlang in Contraction verharrt hatte, nach Wiederholung desselben Sinneseindruckes erschlafft. *B.* stellt sich vor, dass die Bewegungen des Patienten instinctiv und automatisch sind, dass er ein umnachtetes Willensvermögen hat und dass daher der Sinneseindruck nur im Allgemeinen eine Tendenz zur Bewegung liefert, während die Richtung und Art der Bewegung die unter den gegebenen Umständen natürlichste sein werde. Wenn also ein Muskel vorher ruhte, so wird er thätig, wenn er thätig war wird er unthätig werden durch dieselbe Erregung. Wenn z. B. ein Eindruck auf die Hand oder den Arm, die auf dem Schoosse ruhen, wirkt, so wird, da ein Abwärtsbewegen derselben unmöglich ist, der Arm sich heben und starr werden. Wenn aber derselbe Eindruck stattfindet nach einigem Verweilen in dieser Haltung, so wird er eine Tendenz erwecken zu der nun natürlichsten Bewegung: wieder abwärts.

B. hat schon bemerkt, dass manche Hypnotische infolge des unvollkommenen Schlusses ihrer Lider noch sehen und das Gesehene nachahmen. Macht man ihnen das Sehen des Experimentators durch einen dazwischengestellten Schirm unmöglich, so ahmen sie nur nach dem Gehör nach, darum unvollständig und zuweilen falsch.

Die Erscheinung der Verschärfung der Sinne hat *B.* auch schon beobachtet und nach verschiedener Richtung geprüft. Er fand manche Hypnotische im Stande, in einer grossen Gesellschaft nur nach dem Geruchssinne eine ihnen bekannte Persönlichkeit herauszufinden, ja auch, ebenfalls

nach dem Geruche, einen ihnen fremden Eigenthümer eines Handschuhes. Der Hypnotische roch dann zuerst an dem Handschuhe, machte darauf die Runde durch das Zimmer, und bot ohne Zögern dem Eigenthümer den Handschuh dar. Er brauchte dazu weder Handschuh noch Person berührt zu haben. — Mit Verschluss der Nasenöffnungen hörte jedesmal sofort dies „Hellsehen" auf.

Die Steigerung des Berührungs- und Muskelsinnes machte es Hypnotischen möglich, gut zu schreiben auch auf völlig ihrem Auge verdecktes Papier. Sie konnten so auch nachträgliche Correcturen, selbst auf einer der vorhergehenden Zeilen, ganz richtig anbringen.

Die grosse Feinheit des Gehörs- und des Muskelsinnes befähigt Hypnotische zum exacten Nachsprechen, selbst ihnen fremder Sprachlaute. Eine Hypnotische *B.'s* konnte z. B. der Jenny Lind die Lieder in allen Sprachen vollkommen correct nachsingen (bezw. mitsingen).

Die Fähigkeit exacter Vorstellungsarbeit an einzelnen Punkten, die man angeregt hat, erinnert an die Celtischen Seher oder auch an die „Menschen mit dem zweiten Gesichte" Schottlands.

Man kann aus den Erscheinungen des Hypnotismus die Ursache mancher Krankheit, sowie die Heilung mancher ohne Arzneiwirkung verstehen. Auch manche Sätze der alten „Dämonologie" und „Hexerei", der „Verzauberung" u. dgl. Man kann einigermaassen verstehen „die Macht der Obi-Frauen, welche ihre leichtgläubigen Opfer mittels ihres angenommenen übelen Einflusses und Fluches hinsiechen und sterben liessen", ferner die Wirksamkeit galvanischer Ringe (in manchen Fällen, Ref.), der Brodpillen und unendlich verdünnter Arzneimittel. Es wird daraus erklärlich, weiter die angebliche Hellseherei der egyptischen Knaben, welche fest ein schwarzes, in der Hand gehaltenes Kügelchen ansahen. Endlich verstehen wir auch die „unter der Regierung der Königin Elisabeth von Dr. *Dee* in Manchester aufgezeichneten Offenbarungen *Kelly's*, welche Letzterer angeblich von einem Geiste erhielt, während er in des Dr. *Dee* berühmten Schaustein starrte", und die Leistungen der Wahrsager, welche in ein gläsernes Ei blickten.

Zum Schlusse berichtigt *B.* seine frühere Meinung, dass ein Zusammenhang zwischen bestimmten Hautstellen und dem Gedächtniss bestände. Er sei, sagt er, auf diese Meinung dadurch gekommen, dass ihm einzelne Patienten im Stadium des zweiten Bewusstseins verschiedentlich auf die einfachsten Fragen falsche Antworten gegeben hätten, und immer sofort ganz richtige, sobald er ihnen die Mitte der Stirn berührt habe. Er habe aber später wahrgenommen, dass die Berührung irgend einer anderen Hautstelle ganz die gleiche Wirkung — Wiederherstellung des Gedächtnisses — hatte. Deshalb nehme er nun an, dass die Berührung der Haut nur im Allgemeinen dazu diene, genügende Aufmerksamkeit auf die Frage und Antwort zu erzeugen.

Spamer, C., „Ueber den Hypnotismus, seine Ursachen, sein Wesen und die aus beiden sich ergebenden Folgerungen". Jahrbücher f. Psych., Heft 1 u. 2.

Verf. hebt zunächst das eigenthümliche, in der Wissenschaft ungewohnte, Bild hervor, das die Geschichte des Hypnotismus biete. Nicht ein schrittweises Fortschreiten der Erkenntniss darin und allmäliges Ausbreiten der letzteren über immer weitere Kreise, sondern ein wiederholtes Neuentdecken der Erscheinungen durch Einzelne und langdauernde geflissentliche Abwendung von der Sache seitens der Masse der Aerzte. Die Erklärung für diese bedauerliche Erscheinung sei unschwer darin zu finden, dass vom Anfang an — mit *Mesmer* schon — der Kern der Sache mit einer äusserst schmutzigen Kruste von Mystik, Betrug und raffinirter Geldspeculation umgeben worden war, vor deren Berührung man zurückwich.

Behufs Gliederung des Stoffes formulirt Verf. 4 Fragen, auf welche er nacheinander eingeht. Sie heissen: 1) Welches sind die Erscheinungen der Hypnose? 2) Wodurch entstehen dieselben? (Eine Unterfrage hiervon ist die: worin die individuelle Disposition für dieselben bestehe.) 3) Lassen sich die Erscheinungen mit anderen bekannten Zuständen des Nervensystems vergleichen? 4) Kann die Setzung der Hypnose Vortheile bringen? und welche? und eventuell welche Nachtheile?

1) Bezüglich der Erscheinungen weist Verf. hin auf die grossen Verschiedenheiten in den Schilderungen selbst der besten Autoren. Z. B. sah *Richet* nichts oder nur wenig von Katalepsie und tetanischer Starre, und *Berger*, *Benedikt* fanden sie so häufig, dass sie statt des Wortes Hypnotismus lieber die Bezeichnung „experimentelle Katalepsie" gebrauchen wollten. *Heidenhain* beobachtete Anfangs nur „Nachahmungs-Automatie", *Meyersohn*, *Rumpf* sahen nur „Befehls-Automatie". Die Erzeugung von Hallucinationen fand *Heidenhain* Anfangs in keinem Falle möglich und *Richet* sah sie in allen Fällen, so dass er sie als das wesentlichste Merkmal des Zustandes ansprach. — Auch die Angaben über das Verhalten des Pulses und der Athmung in der Hypnose sind sehr verschieden. — Verf. sucht die Erklärung dieser grossen Verschiedenheiten in der verschiedenen Eigenart und Methode der experimentirenden Persönlichkeiten.

Dennoch giebt es zweifellos eine constante und sicher wesentliche Erscheinung des Hypnotismus. Das ist die Hemmung des Gedankenflusses. Dieselbe zeigt sich in allen möglichen Graden. Auch im höchsten Grade wird der Zustand aber nie zum wirklichen Schlafe, wenigstens fand Verf. nirgends ein Beispiel davon angeführt, wohl aber eine Anzahl ausdrücklich gegentheiliger Angaben.

Im wachen Zustande findet durch das fortwährend wogende Meer der Empfindungs- und Vorstellungsbahnen hindurch ein beständiges Zu- und Abströmen an einer unendlichen Anzahl umschriebener Stellen statt, mit der

Sistirung des Zustromes (der Sinneserregungen) sistirt fast immer sehr bald der ganze „Gedankenfluss". Solche Sistirung findet statt im Schlafe. Der hypnotische Zustand stellt eine unvollkommene Sistirung dar. Die Sinne functioniren noch, freilich alle in beschränkter Ausdehnung, innerhalb dieser aber sogar exacter als im wachen Zustande. — Die eintreffenden Sinneserregungen müssen monoton sein, sonst findet Erwachen statt. Durch solche einfallenden Sinnesreize kann auch die Erweckung von Vorstellungen geschehen und kann auch hier, — immer aber wieder an ganz umschriebenem Platze, — eine sogar exactere Thätigkeit, als im wachen Zustande veranlasst werden. Immer fehlt die Ausbreitung der Vorstellung, die Association, die entschieden das Wesentliche des Seelenlebens ausmacht.

Fragen wir 2) Wodurch entsteht der hypnotische Zustand? so zeigen sich uns fast noch grössere Unterschiede der Hervorrufungsmethoden, als der Erscheinungen. Ueberblickt man sie alle, so findet man aber, dass durch alle eine Hemmung des oben erwähnten Stromes (durch die Empfindungs-, Vorstellungs- und Bewegungssphäre hindurch) erzeugt wird. Es ist leicht erweislich, dass der wache Zustand auf einem fortwährenden Wechsel der Sinneseindrücke und Vorstellungen (und Bewegungsimpulse) beruht. Wenn unser Auge nur eine Minute lang auf einem (indifferenten) Punkte weilt, wenn wir „in eine Ecke starren", so wird das Bewusstsein schon umnebelt. Nach wenigen Minuten des Starrens und gleichzeitigen Verweilens bei Einer Vorstellung kann schon der Zustand der Hypnose eintreten. Zum erstmaligen Eintritt der letzteren ist, wie es scheint, ausser bei hochgradig Hysterischen, immer das längere Einwirken eines stärkeren monotonen Sinnesreizes nothwendig. Psychische Befangenheit unterstützt das Eintreten der Hypnose sehr wesentlich; bei öffentlichen Vorstellungen spielt sie wohl immer eine Rolle mit: Stumpfe Geisteskranke sind nicht hypnotisirbar, sicher deshalb, weil sie 1) nicht befangen werden und 2) sich nicht minutenlang auf Einen Sinneseindruck concentriren können. Aus dem letzteren Grunde sind es auch Kinder unter 8 Jahren nicht.

Dass die erstmalige Erzeugung der Hypnose bei einem Individuum immer am schwierigsten ist, dass Wiederholungen immer viel leichter gelingen, (auch vielfach ohne alle Sinnesreize, nur durch psychische Concentrirung) erklärt sich nach Verf. leicht aus dem Gedächtniss der Nervensubstanz. Wenn dieselbe in bestimmter Richtung einmal aus dem Gleichgewichtszustande gebracht worden war, so muss diese Verschiebung in der Folge viel leichter wieder gelingen, nach öfterer Wiederholung noch leichter, bis zu einer gewissen Grenze. Das erstemal sind 5—15 Min. zur Hervorrufung des Zustandes nöthig, schliesslich bei Manchen nur noch Secunden. Sehr oft wird bei der ersten Sitzung überhaupt keine volle Hypnose erzeugt, sondern erst nach mehrmaliger Wiederholung der Procedur.

Hysterische sind meist oder alle leicht zu hypnotisiren. Z. B. durch einfaches Zuhalten ihrer Augen (*Lasègue*), durch grelles Licht oder durch kurzes Fixirtwerden (*Charcot*).

Wir sind hiermit bei der Frage: worin die individuelle Disposition zur Hypnose beruhe?. Die letzterwähnte Thatsache, in Verbindung mit der weiteren, allgemein bestätigten, dass ein viel grösserer Procentsatz von Frauen hypnotisirbar sei (bezw. leichter hypnotisirbar, bei der ersten Sitzung schon) als von Männern, und der weiteren, dass besonders junge Leute in der ersten Zeit der Pubertät sich geeignet erweisen, könnte leicht zu dem Schlusse verleiten, dass Disposition zur Hypnose identisch sei mit Disposition zur Hysterie. Nach des Verf. Ansicht darf man aber nur sagen: die Disposition zur Hypnose liegt in einem gewissen Grad von Erregbarkeit des Nervensystems. Bei der Hysterie ist die Erregbarkeit immer eine hohe, darum sind auch Hysterische immer leicht hypnotisirbar.

3) Zum Vergleiche mit dem Hypnotismus bieten sich von anderen bekannten Zuständen des Nervensystems nach Verf. wesentlich nur 2: einmal der Somnambulismus und dann der Uebergangszustand zwischen dem normalen Schlaf und dem Wachen. Verf. hebt die einzelnen Aehnlichkeiten wie die Differenzpunkte hervor. Die ausgesprochenen Zustände differiren recht scharf, doch ähnelt die Vorstufe der Hypnose (über die viele Menschen, namentlich bei den ersten Sitzungen, nicht hinauskommen) namentlich sehr dem Zustande der Schläfrigkeit oder „Schlaftrunkenheit".

Verf. wirft nun, ehe er sich zur letzten Frage wendet, nach einem Rückblick auf das Wesen der hypnotischen Erscheinungen und knüpft einige Bemerkungen daran. Der Zustand stellt zweifellos eine Hemmung des Stromes von Erregung dar, welcher im wachen Zustande den psychischen Reflexbogen durchbraust. Während man aber den normalen Schlaf mit einem Lähmungszustande des psychischen Reflexorgans vergleichen kann, macht die hypnotische Ruhe entschieden den Eindruck, dass sie auf krampfhafter Hemmung beruhe. Auch die Entstehungsweise spricht hierfür. — Das Merkwürdigste des Zustandes liegt darin, dass er einerseits, wenn das Individuum sich selbst überlassen wird, stundenlang fortbesteht — wie lange? ist nicht ermittelt —, und doch andererseits auf einen so leichten Sinnesreiz wie das Anblasen des Gesichtes einer ist, jederzeit plötzlich aufhört.

Wie mächtig die Wirkung des minutenlangen ausschliesslichen Verweilens bei Einer Vorstellung (abgesehen ganz vom gleichzeitigen Verweilen bei Einem Sinneseindrucke) ist, das zeigt sehr schön auch die hier früher referirte Mittheilung von *Kaiser* (im Referat für das 2. Semester 1880). Auch die neuerdings von Amerika aus empfohlene Methode der Anästhesirung für Zahn- und andere kleine Operationen mittels minutenlanger angestrengter Respiration ist hier zu erwähnen. Dr. *Lee* in Philadelphia, von dem die Empfehlung stammt, lässt es zwar dahingestellt, ob es die dadurch gesetzte Modification der Hirncirculation sei, welche die Analgesie bewirke, oder eine Art von Hypnotismus, dem Verf. scheint aber, in Anbetracht der Häufigkeit starker Circulationsveränderungen (durch Körperanstrengung,

durch Hersfebler z. B.) jenes nicht anzunehmen, wogegen er glaubt, dass die Concentrirung des ganzen Vorstellens und Wollens und der ganzen Bewegungsimpulse auf diese Eine monotone Bewegung als eine ausreichende Begründung einer „gewissen Art von Hypnotismus" anzusehen sei.

4) Die letztgestellte Frage ist die: ob und welche Nachtheile und ob und welche Vortheile die Hypnose zu bringen vermöge?

Verf. bemerkt zunächst, dass der hypnotische Zustand zweifellos kein physiologischer mehr sei und deshalb auch unerwünschte Erscheinungen dabei oder danach a priori erwartet werden müssten. Aber die Betrachtung der gefundenen lasse sie doch als geringe erscheinen. Schläfrigkeit oder Müdigkeit, Augenbrennen, manchmal etwas Kopfschmerz — darüber gehe das Berichtete kaum hinaus, bei Personen wenigstens, die nicht zu Psychosen oder Neurosen stark disponirt sind. Bei solchen ist wohl anzunehmen, dass ungeschickte Anwendung — von Laienhand — stärkere Nachtheile setzen könne. Aber die von Manchen befürchtete Gefahr plötzlicher Herzlähmung oder Stimmritzenkrampfs muss, in Ansehung dessen, das bis jetzt noch kein solcher Fall constatirt ist, vorläufig als nicht vorhanden angesehen werden.

Den genannten Nachtheilen stehen, — bei richtiger Anwendung, bezw. sachverständiger Auswahl der Fälle, — viel beträchtlichere Vortheile gegenüber. *Braid* hat fast Unglaubliches in der Richtung gesehen, aber auch *Richet* sah nicht unbeträchtliche Vortheile und in letzter Zeit namentlich *Berger*. Verf. stellt das von *Richet* ab Gefundene zusammen.

Zum Schlusse weist Verf. darauf hin, dass wir, ausser den directen therapeutischen Errungenschaften durch die Erforschung des Hypnotismus auch noch eine Vorstellung von eminent practischem Interesse gewinnen müssen. Wir sehen in dem Hypnotismus so deutlich, wie wir es sonst doch nicht zu sehen vermochten, so z. s. handgreiflich, die mächtige „somatische" Wirkung, welche die, nur minutenlange, aber volle Concentrirung des Vorstellens auf Einen Punkt hat. Wir können uns der Folgerung nicht verschliessen, dass die somatische Wirkung einer ständig nagenden Sorge z. B., oder gar der Verzweiflung, ebenfalls eine sehr bedeutende sein müsse, dass selbst das „vor Kummer sterben" doch gar nicht so unmöglich sein müsse, wie manche übermässig vernünftige Leute annehmen, die alle nicht mit dem Thierexperiment erweisbaren Erscheinungen in merkwürdigem Dünkel ignoriren und leugnen; andererseits auch nicht der Folgerung, dass die Hoffnung und Freudigkeit ebenso heilsam, genesungsfördernd, oder mindestens krankheitaufhaltend wirken könne. Ganz besonders muss dies psychische Moment in Betracht kommen bei Nervenkranken, deren Nerven- (und Muskel-) System sich ja auch bezüglich der hypnotischen Erscheinungen allen derartigen Einflüssen gegenüber so ganz besonders empfindlich zeigt, und die doch noch so unendlich vielfach vom Publicum total verkehrt behandelt, bezw. misshandelt werden.

2. Psychophysik. Referent: Dittmar.

Es sind seit Jahresfrist einige Arbeiten erschienen, die für die Lehre von den Hallucinationen wohl nicht ohne Interesse sind. Zunächst die Arbeit von

Urbantschitsch, „Zur Lehre von der Schallempfindung.“ I. Ueber die Ermüdung des Ohres; II. Ueber das subjective Hörfeld; III. Ueber die positiven acustischen Nachbilder. — *Pflüger*'s Archiv Bd. XXIV. Heft 11 und 12.

Die Analyse des ersten Abschnittes übergehen wir als für uns von geringerem Interesse.

In dem zweiten Abschnitte hat der Verfasser das schon von *Purkinje* erwähnte Phänomen des Auftretens eines subjectiven Hörfeldes im Kopfe bei gleichzeitiger Zuleitung eines Tones zu beiden mit Auscultationsschläuchen versehenen Ohren einer näheren Prüfung unterzogen.

Er findet, dass bei einem Theil der Versuchspersonen der binotisch zugeleitete Ton im rechten und linken Ohre gleich stark wahrgenommen wird. Ein anderer grosser Theil derselben vernimmt ihn aber nicht in den Ohren, sondern innerhalb des Kopfes; wieder andere verlegen ihn ausserhalb des Kopfes nach vorn, hinten oder oben. Gleichsam in der Mitte zwischen diesem ersten und zweiten Theile der Versuchspersonen stehen solche, welche den Ton zunächst in beiden Schläfengegenden vernehmen; bei Verstärkung des Tones breiten sich diese beiden Hörfelder häufig weiter aus und nähern sich der Mittellinie des Kopfes, in welcher sie bei einer gewissen Intensität des Tones zur Verschmelzung gebracht werden können [1].

Eine genauere Beobachtung der Fälle, wo der binotisch zugeleitete Ton nur innerhalb des Kopfes wahrgenommen wird, ergiebt Folgendes:

Der Ort im Innern des Kopfes, an welchen ein Ton verlegt wird, schwankt bei verschiedenen Individuen, ist aber bei demselben Individuum constant. — In der Mehrzahl der Fälle besitzt jeder Ton sein eigenes Hörfeld. Die Lage dieser Hörfelder ändert sich mit der Tonhöhe in einer bestimmten Richtung entweder von oben nach unten, oder von vorn nach hinten. Im ersteren Falle kann das oberste Hörfeld in der Stirn, das unterste in der Pharynxgegend beobachtet werden, im letzteren bilden Stirn und Nackengegend die beiden äussersten Grenzen, innerhalb deren eine von der Anzahl der Prüfungstöne abhängige Menge von Hörfeldern vorkommt. Die beiden äussersten Grenzen der Hörfelder werden bei allen Versuchspersonen auf der einen Seite vom tiefsten, auf der anderen Seite

[1]) Eine hallucinirende Kranke in unserer Anstalt giebt constant an, dass die Stimmen gleichzeitig in beide Ohren eindrängen, nach der Mitte des Kopfes vorrückten und dort zusammenträfen. Ref.



vom höchsten Prüfungstone eingenommen, während die dazwischen gelegenen Töne streng der chromatischen Tonscala entsprechend aneinander gereihte Hörfelder besitzen. In der Regel entspricht dem tiefsten Tone das am meisten nach hinten resp. oben gelegene Hörfeld. Ein acustisches Combinationsfeld für 2 verschiedene (binotisch zugeleitete) Töne ist nicht zu constatiren.

Wird während der binotischen Zuleitung eines Tones oder Geräusches einer der beiden Auscultationsschläuche allmälig comprimirt, so rückt das Hörfeld gegen das andere Ohr und begiebt sich bei vollständigem Verschlusse des einen Schlauches ganz in das letztere hinein.

Bei mehreren Personen mit ungleicher Hörfähigkeit der beiden Ohren zeigte es sich wiederholt, dass ein Ton, den man durch beide Ohren kräftig zuleitete und den das Individuum Anfangs nur mit dem besser hörenden Ohre vernahm, allmälig gegen die Mittellinie des Kopfes rückte, ja sogar jenseits derselben gelangte und schliesslich nur von dem schlechter percipirenden Ohre wahrgenommen wurde. — Der Verfasser hält es für möglich, dass dies Phänomen auf einer ungleichen Ermüdbarkeit der beiden verschieden gut percipirenden Ohren beruhe, deutet aber zugleich die Möglichkeit der Erklärung desselben aus den Erscheinungen eines physiologischen Transferts an, über den er weitere Mittheilungen in Aussicht stellt.

In dem dritten Abschnitte „über die positiven acustischen Nachbilder" behandelt der Verfasser eine Reihe von Phänomenen, welche vollkommen den positiven optischen Nachbildern im Auge analog, also nicht mit den *Fechner*'schen Erinnerungsbildern, Erinnerungsnachbildern oder Bildern des Sinnengedächtnisses zu verwechseln [1]) sind.

Diese Nachbilder schliessen sich entweder unmittelbar an den vorausgegangenen objectiven Ton an, oder sie erscheinen erst einige Zeit nach Aufhören desselben. — Die vorliegende Untersuchung des Verfassers bezieht sich nur auf diese letztere Klasse von Nachbildern. —

Dieselben kommen am häufigsten bei weiblichen und bei jungen männlichen Individuen vor, bei Männern mittleren Alters sind sie selten. Sie treten nicht nur bei Normalhörenden, sondern besonders oft auch bei Schwerhörigen auf.

Die Leichtigkeit, mit der diese Nachbilder entstehen, ist bei verschiedenen Individuen, sowie bei demselben Individuum zu verschiedenen Zeiten verschieden.

Nicht minder wechselnd ist ihre Zahl und Dauer.

Die Dauer schwankt zwischen den Extremen eines rasch vorübergehenden Aufflackerns und einer selbst 2 Minuten anhaltenden Nachempfindung. Die erste Nachempfindung tritt gewöhnlich innerhalb der ersten 15 Secunden nach Entfernung des Erregungstones hervor, in manchen

[1]) Ueber die Unterschiede dieser Phänomene untereinander und von den Nachbildern vgl. *Fechner*, Elem. d. Psychophysik II. pag. 469, 492, 498.



Fällen bestehen dagegen viel kürzere Pausen (1—3 Secunden) oder viel längere (bis zu einer Minute).

Die Anzahl der Nachempfindungen auf einen Erregungston, schwankt zwischen 1 und 6—8. In den meisten Fällen erscheinen deren 2—3 nach einander.

In ihrer Qualität entspricht die Nachempfindung der Regel nach vollständig dem objectiven Prüfungstone. Zuweilen erscheint sie höher oder tiefer, manchmal an beiden Ohren verschieden hoch.

Die Intensität derselben zeigt gleichfalls Verschiedenheiten. Die schwächste Andeutung des Nachtones bildet die Erscheinung, dass ein gleichmässiges objectives Geräusch (das Ticken einer Pendeluhr, der Strassenlärm und dergleichen) nach Zuleitung eines Prüfungstones eine diesem entsprechende Tonfärbung annimmt. (Es wäre dies eine illusorische Entstehung der positiven acustischen Nachempfindung im Gegensatz zu der gewöhnlichen hallucinatorischen. R.)

Localisirt werden die positiven acustischen Nachbilder bald im Ohre, bald im Innern des Kopfes — sehr oft in der Frontal- oder Parietalgegend —, andere Male werden sie nach aussen verlegt. Durchleitung eines constanten Stromes durch den Kopf bringt sowohl eine Aenderung der Qualität und Quantität, als der Localisation der Nachempfindungen hervor.

Schliesslich bemerkt der Verfasser, dass nach gleichzeitiger Zuleitung mehrerer verschieden hoher Töne, das schwirrende Geräusch, welches dieselben begleitet, im Nachbilde wegfällt und es erscheinen die Einzeltöne im Nachbilde so rein, dass unmusikalische Versuchspersonen, welche die beiden objectiven Prüfungstöne nicht zu differenziren vermögen, diese im Nachbilde öfter mit Leichtigkeit zu unterscheiden und zu bestimmen im Stande sind. Ja es kann vorkommen, dass ein in der objectiven Wahrnehmung gar nicht percipirter Ton im Nachbilde deutlich auftreten kann.

Dieser Umstand allein beweist die wesentliche Verschiedenheit dieser Nachbilder von den subjectiven acustischen Gedächnissbildern. Personen, welche der letzteren fähig sind, wissen auch das deutliche Hören eines scheinbar objectiven Tones im acustischen Nachbilde von solchen sinnlich gefärbten Gedächtnissbildern auf das Bestimmteste zu unterscheiden.

Diese letzteren — zunächst auf dem Gebiete des Gesichtssinnes — hat

Francis Galton in seinem Aufsatze: „Statistics of Mental Imagery.“ — Mind, July 1880.

einem eingehenderen Studium unterzogen und zwar durch statistische Behandlung [1]) einer Reihe von Antworten auf einige bestimmt formulirte

[1]) Wie solche bereits von *Fechner* (Elemente der Psychophysik II. p. 477) angeregt wurde. Die von *Fechner* gemachten wichtigen und interessanten Vorarbeiten auf diesem Gebiete werden von dem Verfasser (einer bekannten Gewohnheit englischer Autoren gemäss) gänzlich unerwähnt gelassen.

Fragen, welche er an eine grössere Anzahl von Personen verschiedenen Standes, Alters und Geschlechts über die Helligkeit, Schärfe und Färbung ihrer sinnlich gearteten Erinnerungsbilder gerichtet hatte.

Er war erstaunt, das Vermögen, solche Erinnerungsbilder zu produciren bei Personen, welche an intellectuelle Thätigkeit gewöhnt sind, Gelehrten und dergleichen nur in beschränktem Maasse zu finden und nicht minder erstaunt, wie häufig dasselbe bei wenig gebildeten Erwachsenen und wie fast ausnahmslos es bei jungen Leuten vorkommt. Er vermuthet daher, dasselbe sei wohl bei jenen intellectuell hochstehenden Individuen früher gleichfalls vorhanden gewesen, aber bei der fast ausschliesslich abstrahirenden Thätigkeit ihres Geistes durch Nichtübung verloren gegangen [1]). Die vollkommenste geistige Disposition sieht der Verfasser da, wo die genannte Fähigkeit neben ausgebildetem Abstractionsvermögen — wenn auch vor diesem zurücktretend — vorhanden ist. Da der Verfasser vermuthet, dass vielleicht die Mehrzahl der erwachsenen Männer (er berücksichtigt im Verlauf seiner Arbeit zunächst überhaupt nur die Angaben männlicher Individuen), welche seine Fragen unbeantwortet liessen, dies aus dem Grunde thaten, weil sie das qu. Vermögen nicht kannten und also nichts zu sagen hatten, so kann er der aus den eingegangenen Antworten zusammengestellten Statistik nur eine bedingte Zuverlässigkeit beimessen.

Dagegen haben eine Reihe von Angaben, welche von den 172 Zöglingen eines Knabeninstituts gewonnen sind, durch ihre Genauigkeit und Vollständigkeit den Werth eines förmlichen Census. — Der Verfasser behandelt denselben nach der von ihm sogenannten Methode der Statistics by Intercomparison, über welche das Nähere im Original nachzulesen ist. Er macht dabei insbesondere von einem aus den Principien der Wahrscheinlichkeitsrechnung abgeleiteten Satze Gebrauch, der durch die Erfahrung stets bestätigt wird und auf unseren Fall angewendet, Folgendes besagt: Ordnet man die verschiedenen Grade des in Rede stehenden Vermögens bei einer genügend grossen Anzahl von Personen seiner Lebhaftigkeit nach vom stärksten bis zum schwächsten in eine Reihe, so bildet der in der Mitte stehende Fall in quantitativer Hinsicht den typischen Repräsentanten der grossen Mehrzahl aller Fälle, von dem diese Mehrzahl nur in ganz geringem Maasse in dem einen oder anderen Sinne abweicht, während die Fälle, welche von diesem mittelsten Falle stärker differiren, um so seltener vorkommen, je mehr sie dies thun. Will man also erfahren, was für einen gewissen Kreis von Individuen in quantitativer Beziehung als das Normale zu betrachten ist, so hat man nur aus einer genügend grossen und wie oben geordneten Statistik den mittelsten Fall auszuwählen. Dieser ist für den erwachsenen männlichen Engländer aus einer Statistik (100 nicht weiter gesichtete Fälle) von Angaben auf die Frage nach der Helligkeit und Schärfe seiner Erinnerungsbilder folgender:

---

[1]) Vergl. *Fechner* a. a. O. p. 487.



„Leidlich klar; Helligkeit beträgt mindestens $^1/_2$ bis $^2/_3$ von der des Originals. Die Schärfe wechselt sehr: ein oder zwei Objecte erscheinen deutlicher als die anderen, doch treten auch die letzteren klar hervor, wenn die Aufmerksamkeit auf sie gerichtet ist.“

Dieselbe Frage beantwortet der mittelste englische Knabe:

„Das Bild ist leidlich klar, doch seine Helligkeit nicht zu vergleichen mit der Helligkeit der wirklichen Sinne. Die Details sind alle gleichzeitig ziemlich scharf.“

In der nach der Lebhaftigkeit der Färbung des Erinnerungsbildes geordneten Statistik stehen in der Mitte folgende Angaben:

a) des erwachsenen männlichen Engländers:

„(Färbung) ziemlich deutlich, doch bin ich nicht sicher, dass sie (der Wirklichkeit) genau entspricht;“

b) des englischen Knaben:

„Sie (die Farben des Erinnerungsbildes) sind, wenn ich kurze Zeit meine Gedanken darauf richte, ganz deutlich und natürlich.“

Bemerkenswerth ist die Angabe mancher Befragten, dass ihr geistiges Auge ein weit grösseres Gesichtsfeld zu umfassen im Stande ist, als dem physischen Auge möglich ist. Ein Mineralog zum Beispiel vermochte im Erinnerungsbilde alle Facetten eines Krystalles gleichzeitig anzuschauen.

Localisirt werden die Erinnerungsbilder meist an derselben Stelle und in derselben Entfernung, die dem zugehörigen realen Object entsprechen würde. Sehr häufig aber scheinen sie unmittelbar vor dem Gesicht und nicht selten sogar im Innern des Kopfes, in einzelnen Fällen auch wohl innerhalb des Auges zu liegen.

Die scheinbare Grösse des im Erinnerungsbilde gesehenen Objects ist manchmal geringer, selten bedeutender als die des realen Bildes. Einige Individuen sind im Stande, ihre Erinnerungsbilder abzuzeichnen (wie dies bekanntlich auch einzelne Hallucinanten mit ihren Visionen thun. R.).

Zum Schluss erwähnt der Verfasser noch der von ihm gemachten Beobachtung, dass bei manchen Personen Zahlenvorstellungen mit bestimmten Erinnerungsbildern unwillkürlich verknüpft sind. Diese mit den Zahlenvorstellungen auftauchenden Erinnerungsbilder sind oft sehr lebhaft gefärbt und geformt. Ihr Ursprung reicht jedenfalls in die früheste Kindheit und entzieht sich stets der Erinnerung. Sie kommen, gehen und verschlingen sich oftmals in Formen, die so gänzlich verschieden sind von allem Dem, was das Individuum als Kind je zu Gesicht bekommen hat, dass der Verfasser sie für eine natürliche, spontan entstandene psychische Eigenthümlichkeit zu erklären geneigt ist. Bei jungen Leuten sind sie häufiger, als bei Erwachsenen und es zweifelt der Verfasser nicht, dass sie bei letzteren durch Mangel an Beachtung vielfach verblasst und verschwunden sind. Er stellt weitere Mittheilungen über dies Phänomen in Aussicht.

Eine der letzterwähnten ähnliche Erscheinung behandelt ausführlicher eine Brochüre von

Bleuler und *Lehmann*, „Zwangsmässige Lichtempfindungen durch Schall und verwandte Erscheinungen auf dem Gebiete der anderen Sinnesempfindungen.“ Leipzig 1881.

Es handelt sich um die schon von *Wundt*[1]), *Fechner*[2]) und Anderen erwähnte, resp. untersuchte Erscheinung, dass bei vielen Individuen die Qualität gewisser durch ein Sinnesorgan vermittelter Empfindungen („Primär-Empfindungen“) regelmässig die einfache oder sinnlich gefärbte Vorstellung bestimmter Empfindungsqualitäten eines anderen Sinnesgebietes hervorruft („Secundär-Vorstellungen“ oder „-Empfindungen“[3]) und zwar „Photismen“, wenn sie das Gebiet des Gesichtssinnes, „Phonismen“, wenn sie das Gebiet des Gehörssinnes betreffen).

Zur Erläuterung sei an die Jedermann geläufigen Ausdrücke „schreiende Farbe“, „spitzer Ton“ und dergleichen erinnert: eine bestimmte Gesichtsempfindung ruft im ersteren Falle die Vorstellung einer gewissen Gehörsempfindung (das ganze Phänomen nennen die Verfasser in diesem Falle ein „Lichtphonisma“), eine bestimmte Gehörsempfindung im zweiten Falle die Vorstellung einer gewissen Tastempfindung hervor.

Die Lebhaftigkeit der Secundärvorstellungen (und die ihrer etwaigen sinnlichen Färbung) ist natürlich bei verschiedenen Personen verschieden.

Ebenso ist es die Qualität der Secundärempfindungen auf gleiche Primärempfindung bei verschiedenen Personen — wenn auch nicht in dem Maasse, dass sich nicht aus der Gesammtheit der Angaben einige allgemeine Gesetze ableiten liessen — während bei ein und derselben Person in diesem Punkte eine grosse Constanz obwaltet.

Projicirt werden Schallphotismen in der Vorstellung fast durchgängig nach aussen, aber nicht in's Gesichtsfeld, sondern in's Hörfeld der Primärempfindung, Geschmacksphotismen an die betreffende Stelle der Mundhöhle, welche den Geschmack empfindet, Geruchsphotismen in die Umgebung des riechenden Körpers, soweit sie von dessen Duft erfüllt ist — also auch in die Nase hinein. — In seltenen Fällen werden die Photismen in den Kopf (Stirn, Schläfe) verlegt.

Es würde uns zu weit führen, auf alle Details der reichhaltigen Arbeit des Verfassers einzugehen. Wir begnügen uns damit, die von ihnen zusammengestellten wesentlichen Ergebnisse ihrer Untersuchung hier anzuführen:

1. Helle Photismen werden erweckt durch: hohe Schall-

[1]) Physiol. Psychologie. 1. Aufl. pag. 452. 668.

[2]) Vorschule der Aesthetik I. p. 176. II. p. 315 ff.

[3]) Das grosse Interesse welches wirkliche (sinnliche) Secundärempfindungen den einfachen Secundärvorstellungen gegenüber haben, liegt auf der Hand. Leider haben die Verfasser diese beiden Begriffe nicht genügend auseinandergehalten.



qualitäten, starke Schmerzen, scharf begrenste Tastempfindungen, kleine Formen, spitse Formen. Dunkle Photismen durch das Umgekehrte.

2. Hohe Phonismen werden erweckt durch: helles Licht, scharfe Begrenzung, kleine Formen, spitze Formen. Tiefe Phonismen durch das Umgekehrte.

3. Photismen mit scharf begrenzten Formen,
Kleine Photismen,
Spitze Photismen
werden erzeugt durch hohe Schallempfindungen.

4. Roth, gelb und braun sind häufige Photismenfarben; violett und grün sind selten, blau steht der Häufigkeit nach in der Mitte.

5. Durchgehende Uebereinstimmung der Einzelangaben verschiedener Personen kommt nicht vor.

6. Unangenehme primäre Empfindungen können angenehme Secundärempfindungen erwecken und umgekehrt.

7. Die Secundärempfindungen werden durch psychische Vorgänge kaum mehr beeinflusst, als die primären Empfindungen, im übrigen sind sie unveränderlich.

8. Die Anlage zu Secundärempfindungen ist erblich.

9. Spuren der Secundärempfindungen sind sehr verbreitet. Ausgebildetere Secundärempfindungen konnten wir bei $^1/_8$ aller ausgefragten Personen constatiren. (Die Verfasser halten es nach ihren Erfahrungen für sehr wohl möglich, dass die „Doppelempfindungen" in der Anlage bei jedem Menschen vorhanden sind, dass sie aber bei der Mehrzahl durch die übrigen Eindrücke des Lebens mit der Zeit verwischt werden resp. nicht zum Bewusstsein kommen können.)

10. Bei psychopatisch belasteten Personen finden sich die Secundärempfindungen nicht häufiger als bei normalen.

Was die Frage nach dem Ursprung der Secundärvorstellungen anlangt, so geben die Verfasser zu, dass viele derselben aus gewönlichen durch constante oder zufällige Erfahrung fixirten Ideenassociationen entstehen (der Trompetenton erweckt die Vorstellung Gelb wegen der Farbe des ihn hervorbringenden Instrumentes und dergl.). Sie erkennen ferner die Möglichkeit an, dass in vielen weiteren Fällen eine Empfindung die Vorstellung einer anderen auf anderem Sinnesgebiete deshalb (associativ) hervorruft, weil beide mit derselben Gefühlsqualität oder derselben Stimmung etc. verknüpft zu sein pflegen. Indess sind die Verfasser der Meinung, dass sich nicht alle Secundärvorstellungen auf diese Weise ungezwungen erklären lassen und geneigt „die Lösung der Frage in der Natur der Nervenprocesse selbst zu suchen". Eine Hypothese über die Art und Weise des Zusammenhanges der Doppel-Empfindungen geben sie nicht.

---

3. Gerichtliche Psychopathologie. Referent: v. Krafft-Ebing.

v. Krafft-Ebing, Lehrbuch der gerichtlichen Psychopathologie. 2. umgearbeitete Auflage. Stuttgart (Enke). XV. u. 400 S.

E. Hofmann, Lehrbuch der gerichtl. Medicin. 2. vermehrte u. verbesserte Auflage. Wien (Urban u. Schwarzenberg). XII. u. 867 S.

Das Werk enthält in seiner 2. Auflage auf S. 719—849 eine klare und bündige Darstellung der psychischen Krankheitszustände in ihren Beziehungen zur Criminal- und Civilrechtspflege.

Dally, die moralische und die sociale Verantwortlichkeit. Annal. médico-psycholog. Januar. p. 96.

Im Anschluss an die frühere Darlegung seiner Anschauungen über die Zurechnungsfrage (diese Zeitschr. Bd. 37, p. 363) und nach neuerlicher Kritik der Bestrebungen die Verbrecher pathologisch zu finden, kommt Verf. zu folgenden Thesen:

1. Die auf einer Reihe metaphysischer Hypothesen begründete Lehre einer moralischen Verantwortlichkeit (Willensfreiheit) kann, ohne die Würde und Sicherheit der Justiz zu gefährden, nicht länger mehr die Grundlage des Strafrechts bilden.

2. Das Strafrecht der Zukunft kann einzig auf das sociale Interesse und auf die Wissenschaft des menschlichen Geistes gegründet werden, d. h. an Stelle der moralischen muss die sociale Verantwortlichkeit (Gemeingefährlichkeit) gesetzt werden.

3. Die strafrechtliche Untersuchung muss den Angeklagten belastende und entlastende Umstände berücksichtigen. Die Unzurechnungsfähigkeit kann nur für Fälle totaler und zweifelloser Geistesabwesenheit, in welchen dann auch die gerichtliche Verhandlung überflüssig wäre, angenommen werden. Das übereinstimmende Zeugniss dreier Gerichtsärzte würde in solchen Fällen genügen.

4. Der Behörde, aufgeklärt durch die Forschungen der Psychiatrie, würde es dann zukommen, die Modi der Verantwortlichkeit festzustellen, die Verurtheilten zu klassificiren und die geeigneten Maassnahmen zum Schutze der Gesellschaft und zur Bestrafung der Schuldigen zu finden.

Dr. *Koch*, Ueber die Grenzgebiete der Zurechnungsfähigkeit. Irrenfreund No. 6.

Es giebt Zustände, in welchen durch organische Ursachen die Widerstandsfähigkeit gegen Impulse zu strafbaren Handlungen wohl erschwert, aber nicht geradezu aufgehoben ist. Der Richter pflegt in solchen Fällen mildernde Umstände anzunehmen. Verf. plädirt für die Annahme einer verminderten Zurechnungsfähigkeit, denn mildernde Umstände sind nicht bei allen Verbrechen, z. B. Mord, gesetzlich zulässig und es ist auch für die öffentliche Meinung nicht gleichgültig, ob Jemand wegen Vorhandenseins von Milderungsgründen oder wegen verminderter Zurechnungsfähigkeit milder bestraft wird. Milderungsgründe sollten nur da zur Geltung kommen, wo Affecte und andere hierhergehörige physiologische Zustände die Schuld mildern, verminderte Zurechnungsfähigkeit dagegen da wo das Handeln „von abnormen Zuständen und Vorgängen im Hirn beeinflusst wurde, die zwar jenseits der physiologischen Breite liegen, gleichwohl aber ein Ausgeschlossensein der freien Willensbestimmung noch nicht bedingen".

Ganz besonders starke Milderungsgründe müssen sich da ergeben, wo Affecte bei organisch Belasteten, Nervenleidenden, in mässigem Grad Schwachsinnigen, erblich Degenerirten auftreten oder durch Rausch complicirt sind. Hier wird die physiologische Breite leicht überschritten.

Verf. bespricht des Weiteren die die Strafbarkeit mindernden geistigen Schwächezustände der Trinker, die angeborenen geistigen Insufficienzen, die Zustände der Hysterie, die sog. psychischen Degenerationszustände, d. h. Zustände, wo in Folge einer minderwerthigen Veranlagung des Gehirns und Nervensystems die geistigen Functionen geschädigt sind und bleiben. Diese Zustände sind individuell äusserst verschiedenartig und -gradig. Eine besonders wichtige Gruppe stellen die moralisch Irren dar. Sie gehören in besondere Asyle, nicht in gewöhnliche Irrenanstalten, am wenigsten in Strafhäuser.

Normen für die Bemessung der Zurechnungsfähigkeit lassen sich auf diesem Gebiet nicht geben. Es ist Sache des Arztes, im concreten Fall dem Richter klar zu machen, ob und inwieweit eine organisch begründete Erschwerniss vorhanden war, zufolge deren die Handlungen nach einem anderen als dem gewöhnlichen Maassstab beurtheilt werden müssen. Der Arzt muss sich aber auch hüten, organische Belastung leichthin anzunehmen.

Spitta, Die Willensbestimmungen und ihr Verhältniss zu den impulsiven Handlungen. Eine forensisch-psychologische Untersuchung. Tübingen. 8. VII. u. pp. 138.

Die Arbeit hat das Gebiet der Zwangshandlungen aus überwältigenden (Zwangs-) Vorstellungen zum Vorwurf, somit dasselbe, was *Knop* „Paradoxie

des Willens, freiwilliges Handeln bei innerem Widerstreben" genannt hat. Verf. wählt dafür den Ausdruck „Antilogie des Wollens". Eine durch Klarheit der Sprache ausgezeichnete Abhandlung über das Wollen leitet in das eigentliche Thema ein. Das Wollen setzt Gefühle und Vorstellungen voraus, namentlich durch lebhafte Gefühle betonte Vorstellungen, ferner Bewusstsein. Es gehört dazu die Vorstellung eines Gewollten, das als erreichbar bewusst ist. Dazu muss kommen ein Begehren, d. h. ein persönliches Interesse an der Handlung. Dieses ist ein Unlustgefühl, das eines Mangels. Je intensiver das Unlustgefühl, um so heftiger ist das Begehren. Es wird zur Begierde. Die Vorstellungscomplexe, welche Begehren hervorrufen, können durch gegensätzliche, abwehrende zurückgedrängt werden. Das individuelle Wollen wird durch den Charakter bedingt, d. h. durch ein consolidirtes Vorstellen und Fühlen. Der Charakter und äussere Einflüsse bestimmen das individuelle Wollen. Der Charakter manifestirt sich im Wollen und durch das Wollen. Die besondere Art des Wollens charakterisirt das Individuum, lässt seinen Werth oder Unwerth erkennen. Kennen und Können sind die Merkmale der gewollten Handlung. Sie setzt die Kenntniss des Zwecks und der Mittel voraus. Wollen und That können in Widerspruch miteinander gerathen, insofern ein ungewollter Erfolg eintritt. Strafbar sind solche (culpose) Handlungen nur insofern, als der Erfolg hätte vorausgesehen und die Handlung vermieden werden können, also der Mangel an Vor-sicht. Wo der bewusste Zweck (Kennen) und das Bewusstsein der Erreichbarkeit des Gewollten (Können) fehlen, da kann von einer Wollenshandlung nicht mehr die Rede sein. Ein Handeln aus Ursachen, die aufzuheben man ohnmächtig ist (Zwangshandeln, Handeln aus organischer Nöthigung, Triebhandeln) ist ein unfreies. Es fehlt hier die Fähigkeit der Selbstbestimmung, denn die psychische Freiheit ist verloren gegangen. Die Zurechnungsfähigkeit ist abhängig von der psychischen Freiheit. Diese setzt ein normales psychisches Allgemeinbefinden voraus. Ein ausgebildetes Seelenleiden hebt die Zurechnungsfähigkeit auf. Mit der Frage, wie sich das Wollen bei der sog. Antilogie des Wollens verhält, streift Verf. das medicinische Gebiet. Das Wesentliche liegt hier in der Schwäche, die impulsiven Handlungen zu beherrschen. Belastete Individualitäten, neurotische Affectionen scheinen hier im Spiel zu sein. Auch bei temporär erschöpftem, überreiztem, sonst aber rüstigem Gehirn kommen solche Antilogien vor. Entscheidend bei einem strafbaren Handeln aus solchen Impulsen wird immer der Nachweis eines psychopathischen Zustands sein. Dann entfällt die Zurechnungsfähigkeit. Wenn andernfalls Jemand seinem Impuls erlag, ist ihm dies wenigstens als Culpa anzurechnen. Die Antilogie zwischen Wille und Trieb ist keine Form psychischer Alienation, sie ist ein merkwürdiges Phänomen des menschlichen Seelenlebens, welches aber immer noch der Gesundheitsbreite zuzurechnen ist. Dieser Zustand kann freilich in psychische Alienation übergehen. (Die Kriterien einer solchen sind nicht glücklich gewählt.)

Verf. übersieht, dass Zwangsvorstellungen immer elementare psychische Störungen sind. Finden sie sich als Theilerscheinung einer Psychose, so ist der Fall nicht schwierig. Sind sie elementare psychische Störungen bei einer Neurose, so kommt es quoad Zurechnungsfähigkeit auf die Umstände des Falls an. Könnte hier eine Culpa, d. h. eine ungenügende Verwerthung einer noch vorhanden gewesenen Selbstbestimmungsfähigkeit nachgewiesen werden, so müssten doch mildernde Umstände geltend gemacht werden. Zwangsvorstellungen von solcher Dauer und Intensität, dass sie zu einer Handlung führten, sind noch niemals bei körperlicher Gesundheit und voller psychischer Unversehrtheit nachgewiesen worden. Die Studie des Verf. ist eben eine einseitig psychologische. Ihr Gebiet lässt sich nur klinisch erfolgreich erforschen. Im Uebrigen, d. h. von den Conclusionen abgesehen, ist sie höchst werthvoll und der vollen Beachtung auch des Klinikers werth.

Dr. *v. Wyss,* Die Stellung des Arztes vor Gericht in der Frage nach der Zurechnungsfähigkeit.

Diese ist die eines technischen Sachverständigen. Gegenstand der Untersuchung ist, ob derjenige normale Zustand geistiger Gesundheit vorhanden sei, dem die Rechtsanschauung des Volkes die strafrechtliche Verantwortung thatsächlich zuschreibt. Darüber liesse sich streiten. Die psychiatrische Wissenschaft steht auf geläuterterer Stufe als jene Rechtsanschauung der Menge. Verf. vergleicht nun die Zurechnungsparagraphen der Zürcher, Genfer, deutschen Strafgesetzgebung, sowie des italiänischen, holländischen und österreichischen Strafgesetzentwurfs und kritisirt sie. Als Fortschritte bezeichnet Verf. in der neueren Strafgesetzgebung die allgemeinere (und mehr naturwissenschaffliche) Fassung der geistig unfreien Zustände, sowie die Trennung der richterlichen Frage nach der Zurechnung von der ärztlichen nach der Geistesstörung. Nach kurzer Erörterung der Frage, ob geminderte Zurechnungsfähigkeit oder mildernde Umstände da zu statuiren sind, wo die freie Willensbestimmung oder die Einsicht in die Strafbarkeit nur beschränkt sind, wendet sich Verf. zur wichtigen Angelegenheit, wie geistig unfreie Zustände beim Angeschuldigten möglichst früh zur Kenntniss des Untersuchungsrichters gebracht werden können.

Verf. glaubt, dass dies am sichersten geschieht, wenn schon in der Voruntersuchung ärztlich ein genauer, alle Momente, die auf die geistige Entwicklung und den Geisteszustand Bezug haben, berücksichtigender Status aufgenommen würde. Er hält dies für nöthig bei allen Verbrechen von besonderer Schwere, bei Inculpaten unter 18 J., bei Trunksucht, Epilepsie, Hysterie, vorausgegangenen Kopfverletzungen, überstandenen schweren Erkrankungen, Krankheiten des Nervensystems überhaupt, bei allen begleitenden Thatumständen, die Verdacht auf Geistesstörung oder -unfreiheit erwecken. Es handelt sich hier nicht um ein präjudicirendes Urtheil, Gutachten, sondern lediglich um Erhebung thatsächlichen Materials.

Verf. streift endlich das Gebiet der sog. psychischen Entartungszustände, wo man nach seiner Meinung richterlich im Allgemeinen mit der Annahme mildernder Umstände auskommen dürfte.

Tamburini, Bericht über die Bestrebungen zur Schaffung einer Irrengesetzgebung für Italien. — Archivio italiano. Heft 1 und 2.

Gründliche und interessante geschichtliche Relation der Bemühungen und Entwürfe bezüglich eines Irrengesetzes seit 1849 und Begründung des der Annahme nahen gegenwärtigen Entwurfs. Die Gesichtspunkte des Berichterstatters *Tamburini* werden einstimmig von dem Congress der italiänischen Irrenärzte angenommen.

Die Irrengesetzgebung in Italien, Frankreich und England. — Rivista sperimentale. VII. Jahrgang. Fascic. 1 u. 2.

Der Entwurf des Irrengesetzes für Italien, dessen demnächstige Annahme zu gewärtigen ist, bestimmt:

1. Jede Provinz hat für ihre unbemittelten Irren zu sorgen.

2. Vorstand einer öffentlichen oder privaten Irrenanstalt kann nur Der sein, welcher wenigstens 2 Jahre in einer öffentlichen Irrenanstalt als Arzt gedient hat.

3. Wer 2 oder mehr Irre bei sich verpflegt, hat allen für private Irrenanstalten bestehenden Normen zu entsprechen.

4. Privatirrenanstalten können nur mit Genehmigung der Behörde errichtet werden.

5. In Irrenanstalten müssen diejenigen Kranken versorgt werden, welche gefährlich für sich oder Andere, oder anstössig für die Gesellschaft sind, oder deren entsprechende Pflege daheim nicht ausführbar ist.

6. Die Internirung in Irrenanstalten bedarf immer der Genehmigung der Behörde.

7. In dringenden Fällen kann über ärztliches Zeugniss eine Aufnahme provisorisch stattfinden. Die Anzeige muss an die Behörde aber umgehend erfolgen.

8. Eine Aufnahme ist so lange provisorisch, bis nicht binnen 15 Tagen der Director die definitive Aufnahme oder sofortige Entlassung des Aufgenommenen erwirkt.

9. Die definitive Aufnahme macht den Betreffenden handlungsunfähig und bringt nach Umständen die sofortige Ernennung eines provisorischen Curators durch die zuständigen Gerichte.

10. Nach einem Jahre und über Antrag des Directors, sofern er die dauernde Störung des Geistes constatirt, wird die Entmündigung obligatorisch.

11. Dasselbe gilt für in der Familie verpflegte Irre, die zudem im Fall der Gefährlichkeit nur mit Zustimmung der Behörde in der Familie bleiben dürfen.

12. Auch über die Entlassungen aus der Irrenanstalt hat die Behörde zu verfügen. Die Wiederaufnahme unterliegt, im Fall blosser provisorischer Entlassung, keinen Formaliäten.

13. Vom Director noch gefährlich oder kurbedürftig erklärte Kranke, können nur über Ermächtigung der Behörde aus der Anstalt entnommen werden.

14. Für unheilbare und unschädliche und in häuslicher Verpflegung haltbare Kranke hat die Gemeinde zu sorgen.

15. Die Ueberwachung der Irrenanstalten obliegt dem Minister des Innern durch die Präfecten und Specialinspectionen.

Ein besonderer Artikel bestimmt die Errichtung von Staatsasylen für irre Verbrecher und zwar

a) für während der Strafzeit erkrankte, ausser sie wären ruhig, paralytisch, harmlos, in welchem Falle sie im Strafhause bleiben können.

b) Für schwere, namentlich rückfällige Verbrecher, die für unzurechnungsfähig erklärt sind und deren dauernde Gemeingefährlichkeit ärztlich constatirt ist.

c) Für in der Untersuchungshaft erkrankte und als gemeingefährlich erkannte, für welche der Gerichtshof besondere Garantien für nöthig hält.

Die gewöhnlichen in der Untersuchungshaft krank befundenen sind in die gewöhnlichen Irrenanstalten zu verweisen.

Für die als halbunzurechnungsfähig erkannten und nach Art. 95 Verurtheilten werden besondere Bewahr- und zugleich Heilanstalten errichtet.

Der Berichterstatter erklärt sich von diesem Entwurf sehr befriedigt und führt analoge Bestrebungen in Frankreich und England zur Revision der bezüglichen Gesetzgebung an.

Lombroso, Ueber Ursprung, Wesen und Bestrebungen der neuen anthropologisch-kriminalistischen Schule in Italien. Zeitschrift f. d. gesammte Strafrechtswissenschaft. Bd. I. H. 1.

Werthvolle, im Auszug leider nicht mittheilbare Uebersicht der Leistungen auf dem Gebiet der Anthropologie der Verbrecher, das in den letzten 2 Decennien eine wissenschaftliche Begründung gefunden hat. Verfasser giebt in nuce die in seinem Buch „l'uomo délinquente" niedergelegten Erfahrungen. Er fasst bekanntlich das Verbrechen als eine atavistische Rückschlagserscheinung auf und findet dafür Bestätigung in *Benedict*'s, *Willigk*'s und *Bordier*'s Untersuchungen an Gehirnen und Schädeln von Verbrechern. In objectivster Weise werden die zahlreichen Einwände der Gegner Seitens des Verfassers mitgetheilt. Diese Uebersicht erfüllt mit Bewunderung für das rege und ernste wissenschaftliche Streben, welches

besonders in Italien einer social so äusserst wichtigen und nur naturwissenschaftlich lösbaren Aufgabe — der anthropologischen Kenntniss des Verbrechers entgegengebracht wird. Die bisherigen Resultate sind freilich noch vielfach widersprechend und dürftig, aber bedeutsame Erfolge können dieser naturwissenschaftlichen Schule in Bezug auf die Reform des Strafrechts nicht fehlen.

Schauenstein, Schädigungen der Gesundheit und Tod durch psychische Insulte. — *Maschka*'s Handbuch d. ger. Medicin. 2. Halbband. p. 809.

Hierher gehörige Fälle mit Ausschluss gleichzeitiger mechanischer Beschädigung sind in der gerichtsärztlichen Praxis selten, klinisch jedoch genugsam bekannt. Sie sind forensisch sehr schwer zu beurtheilen, weil der Ausschluss ähnlicher Krankheitserscheinungen vor dem Insult nicht gelingt oder eine schwerwiegende Prädisposition der Beschädigten für das Zustandekommen der Störung mit in Betracht gezogen werden muss. Neuropathische Constitution, Neurosen, momentan vorhandene abnorme Erregung oder Depression des Gefäss- und Nervensystems, Erkrankungen des Herzens, der Blutgefässe sind hier oft von entscheidender Bedeutung.

Die Abwägung des veranlassenden Moments und der prädisponirenden Einflüsse nach constatirtem psychischem Insult bilden die verantwortliche Aufgabe des Gerichtsarztes, der zudem noch häufig Simulation sich gegenübergestellt findet. Als schwerste Folge psychischen Insults kann der Tod unmittelbar oder kurze Zeit darnach eintreten.

Verfasser führt Beispiele aus der Literatur an. Häufiger kommt es zu Psychosen oder Neurosen (Epilepsie, Hysterie, Chorea); besonders bemerkenswerthe Fälle nach Attentaten auf die Geschlechtsehre. Auch Aphasie kann vorkommen.

Die Mittheilung des Grades der erlittenen Beschädigung muss natürlich nach denselben Regeln geschehen wie bei der mechanischen Beschädigung.

Legrand du Saulle, Etude médico-légale sur l'interdiction des aliénés et sur le conseil judiciaire. Paris (Delahaye).

In Frankreich ist die Zuziehung ärztlicher Sachverständiger im Explorationsverfahren nur facultativ, nicht obligatorisch und unterbleibt häufig zum Schaden der Sache. Verfasser zeigt wie nothwendig die Intervention der ärztlichen Sachverständigen in solchen Fällen ist, wie nur eine wiederholte und umfassende Untersuchung des Explorandeu Klarheit geben kann; daran reiht Verfasser die Grundsätze und Kriterien, nach welchen die allgemeine Diagnose des zweifelhaften Geisteszustandes zu machen ist. Er erörtert die Fragen in welchen Fällen und aus welchen Ursachen, von welchen Personen, in welchen Formen die Entmündigung verlangt werden

kann, unter welchen Bedingungen sie aufgehoben werden kann und welche ihre gesetzlichen Bedingungen sind. Statt der veralteten Ausdrücke Imbecillité, Démence und Fureur des Art. 489 C. Civ. schlägt er als vermeintliche Verbesserung eine neue der wissenschaftlichen Classification mehr entsprechende Formenbezeichnung vor, während doch andere Gesetzgebungen, z. B. die deutsche, an die Stelle besonderer Krankheitsformen den allgemeinen Begriff der Geisteskrankheit setzten und die Beurtheilung von Grad und Form derselben dem Urtheil des Richters überlassen. Der Verfasser bespricht dann die verschiedenen krankhaften Geisteszustände welche die Entmündigung erforderlich machen. Die Aphasischen unterscheidet er in einfach Aphasische ohne Defect der Intelligenz, die im Genusse ihrer bürgerlichen Rechte bleiben sollen, in Aphasische mit Schwäche der Intelligenz und erschwerter Mittheilungsfähigkeit, für die ein gerichtlicher Beistand das Richtige sein dürfte, und in Aphasische mit blödsinniger Schwäche und tief gestörter Mittheilungsfähigkeit, die den gewöhnlichen Blödsinnigen zuzuzählen sind und der Entmündigung bedürfen. Ein letzter Abschnitt des Buches ist der rechtlichen Position der Irren und Entmündigten in der alten römischen Gesetzgebung gewidmet.

Dr. *Weiss*, Protokoll einer gerichtlichen Blödsinnigkeitserklärung. — *Friedreich*'s Blätter f. ger. Med. Heft 2.

Angeborene Geistesschwäche. Vielfältig gezeigte Unfähigkeit zu einer bürgerlichen Selbstständigkeit. Intercurrent psychische Erregungszustände. Nachweis, dass Implorat wegen geistiger Unreife und Verstandesschwäche im gesetzlichen Sinne für blödsinnig zu erachten sei.

Dr. *Weiss*, Selbstmord, Selbsttödtung im Zustand geistiger Störung oder Verunglückung im Wasser. Ein Beitrag zur Diagnose der Zurechnungsfähigkeit. — *Friedreich*'s Blätter. Heft 2.

Kaufmann N. hatte sich in einem Teich ertränkt. Sein Leben war versichert. Nach den Bestimmungen der Versicherungsgesellschaft, war die Police falls sich der Versicherte das Leben nimmt, verfallen, jedoch gewährte jene die Auszahlung der Reserve, wenn die Selbstentleibung im unzurechnungsfähigen Zustand verübt wurde. Da die Gesellschaft einen solchen bestritt, kam es zum Rechtsstreit. Von den interessanten Rechts- und formellen Fragen, die dieser bot, möge hier Abstand genommen werden. Die Gesellschaft machte geltend dass N., der kurz bis zur Selbsttödtung im Comptoir gearbeitet und unmittelbar vorher eine Cigarre geraucht habe, zurechnungsfähig gewesen sein müsse. Die Kläger erwiesen, dass eine tiefe Melancholie zur Zeit der Selbsttödtung bestanden hatte. Schon vorher hatten die Aerzte auf eine sorgfältige Untersuchung des N. gedrungen. Ein

äusseres Motiv zum Selbstmord lag nicht vor. Dieser war eine Folgeerscheinung der Geisteskrankheit und wurde in einem krankhaften Zustand geistiger Störung begangen.

Bini, Das moralische Irresein in Bezug auf die Forderungen der Gesellschaft und der Humanität. — Archivio italiano per le malatie nervose. Mai.

Verfasser tritt wärmstens für die Anerkennung des moralischen Irreseins in foro ein, da sonst die Interessen der Gesellschaft durch mangelhaften Schutz vor dauernd gemeingefährlichen krankhaften Individuen wie auch die humanitären Rücksichten durch Internirung für eine Strafhaft nicht geeigneter, weil krankhafter Menschen empfindlich nothleiden. Die Kriterien der Juristen gegenüber dem Irresein als da sind: Unterscheidungsvermögen, Bewusstsein der Handlung, ihre Folgen etc. sind ungenügend für die klinische Diagnose des Irreseins, dessen Symptome äussert mannigfaltig sind und sich nicht auf Delirien und Sinnestäuschungen beschränken. Eine Verständigung zwischen Juristen und Aerzten, d. h. die Aufgebung jener unhaltbaren juristischen Criterien in der Frage der Geisteskrankheit thäte da wahrlich noth.

Was nun speciell die moralische Seelenstörung betrifft, so betrachtet sie Verfasser nicht als eigene Form, sondern als ein hervorstehendes Symptom, das bei den verschiedensten Formen psychischer Störung zu Tage treten kann. Man könnte dann solche Zustände als Melancholia, Mania, Dementia, Imbecillitas, Monomania moralis bezeichnen.

Forensisch besonders wichtig erscheinen ihm die moralische Manie und der moralische Schwachsinn. Unter ersterer versteht er die maniakalische folie raisonnante, wie sie besonders als periodisches und circuläres Irresein, ferner als Zustandsbild der Paralyse, als Complication bei Epilepischen und Hysterischen vielfach beobachtet wird. Verfasser giebt eine gute klinische Darstellung dieser Zustände. Diese Kranken imponiren häufig dem Straf- wie dem Civilrichter durch ihre Lucidität, Logik und Redegewandtheit, so dass sie nur als leidenschaftliche, excentrische Menschen beurtheilt werden, während sie doch tief gestört und der Selbstbestimmungsfähigkeit verlustig sind.

Den moralischen Schwachsinn fasst Verfasser im Sinne des moralischen Irreseins sensu striciori anderer Autoren auf. Auch seine Schilderung macht geltend, dass bei diesen Defectmenschen nicht blos ethische sondern auch intellectuelle Schwäche besteht. Sie erscheinen vielfach als Bösewichter und kommen als solche in Strafhäuser, während ihre Bösartigkeit doch auch Defect der ursprünglichen Anlage und nicht auf Erziehungsdefect, wie bei den sonstigen Gewohnheitsverbrechern beruht. Sie gehören als gemeingefährliche und wegen fehlerhafter Organisation uncorrigirbare Individuen auf Lebenszeit in Humanitätsanstalten.

Hughes, Moral insanity, depravity and the hypothetical case. — Journal the Alienist and Neurologist. Januar.

Verfasser beklagt die Unsicherheit der Rechtsprechung, die sich daraus ergiebt, dass mit den Erscheinungsformen und dem Wesen des Irrsinns unbekannte Juristen von unhaltbaren und metaphysischen Kriterien aus die Entscheidung, ob Verbrechen oder Wahnsinn vorhanden sei, machen und damit beständig Gefahr laufen nach der einen oder anderen Seite Missgriffe zu begehen. Sie begegnen bei solchen Fragen dem ärztlichen Sachverständigen mit Spott und Misstrauen, obwohl nur ein erfahrener Irrenarzt die Frage entscheiden könne. Diesem wird aber die Entscheidung durch die aus Unverstand und laienhafter Anschauung der Juristen sich nothwendig ergebende fehlerhafte Fragestellung, durch die Unvollkommenheit des Untersuchungsmaterials und des Gerichtsverfahrens ungebührlich erschwert.

Tamassia, Ueber Mania transitoria. — Archivio italiano per le malatie nervose. H. 1 u. 2.

Verfasser giebt eine kurze aber erschöpfende klinische Darstellung der M. tr., die er im Widerspruch mit *Casper* und *Liman*, und im Einklang mit den neueren Forschern nicht als eine gewöhnliche peracute Tobsucht, sondern als einen eigenartigen Krankheitszustand auffasst, der auch mit ähnlichen Erscheinungen bei Epileptischen nicht zusammengeworfen werden darf; fehlen doch in wirklichen Fällen von M. tr. jegliche epileptische Antecedentien, jegliche Aurasymptome! Dazu die Zeichen von Anämie beim epileptischen Zustand, die der Hyperämie und Fluxion bei M. tr., den weniger aggressiv, schreckhaft feindlichen Charakter des Delirs bei dieser, die kritische Endigung der M. tr. mit Schlaf, während die „Mania epil." durch einen Prostrations- oder Dämmerzustand hindurchgeht. Bei dieser ist die Amnesie nicht constant, bei M. tr. nie fehlend. Auf den Anfall von M. tr. folgt völlige Gesundheit, nach Man. epil. finden sich Zeichen der epileptischen Neurose.

In der folgenden Discussion der italienischen Irrenärzte bekennt sich *Lombroso* zur Annahme einer Man. transit. und berichtet einen von ihm beobachteten Fall dieser Krankheit (Archiv. di psichiatria e scienze penali Anno I. p. 314), in welchem der Kranke sich castrirte. Kopfweh in der Kindheit, später ein Anfall von Somnambulismus, fortgesetzte Schmerzempfindlichkeit und abnorme Heiterkeit zur Zeit der Beobachtung nach dem Anfall waren die einzigen auffindbaren Erscheinungen.

Ein anderer Fall, den *Ziino* berichtete, betraf ein Mädchen, das ohne Ursache auf einer Reise einen 1stündigen Fall von transitor. Psychose bekam, in welchem es seinen Begleiter zu erdrosseln versuchte. *Venturi* berichtet 3 Fälle, der eine bei einem jungen Manne von 26 Jahren. Den anderen bei einem Mädchen, das an Intermittens 3 ana litt, den dritten bei

einer hysteropathischen Frau, die einen 2stündigen Anfall von transitor. Psychosė durchmachte, in welchem sie ihr Kind erdrosseln wollte.

La Loggia theilt 2 Fälle mit. Im ersten wollte eine Puerpera einem Knaben die Zunge herausschneiden, im anderen warf eine reizbare Dienstmagd nach einem Verweis der Herrin eine Platte ins Gesicht. Es ist fraglich ob diese aphoristisch mitgetheilten Fälle zur M. tr. gehören.

Kiernan, Beiträge zur Psychiatrie: 1. über Mania transitoria. — Journal of nervous and mental disease. Vol. V. No. 4.

Verfasser hat 2 Fälle von Mania transit., die er als eine wohlcharakterisirte Psychose betrachtet, beobachtet. Häufig werden peracute Irrsinnszustände zur Mania trans. fälschlich gerechnet. Diese steht gewissen epileptischen transitorischen Psychosen sehr nahe. Erbliche Anlage und nervöses Temperament sollen wichtige prädisponirende Ursachen dieser Krankheit sein. Die Gelegenheitsursachen sind die bekannten. Neue klinische Gesichtspunkte ergeben sich aus der Mittheilung nicht.

Giraud, Gerichtlich-medicinische Revue. — Annal. médico-psychol. März. Juli.

Verfasser plädirt für die Annahme einer verminderten Zurechnungsfähigkeit im Hinblick auf zahlreiche Fälle psychischer, meist hereditärer Degeneration, die eine mittlere Zone zwischen Verbrechen und Wahnsinn bilden und weder der vollen Strafe zugeführt noch freigesprochen werden können. Als Beleg für diese Anschauung berichtet Verfasser eine Reihe theils noch unveröffentlicher, theils in der neuesten französischen Literatur erschienener Fälle. Nach kurzer Erwähnung des Falles *Menesclou* (diese Zeitschr. 37, Suppl. p. 23), jenes moralischen Ungeheuers, zugleich intellectuell schwach, das ein Mädchen geschändet, erdrosselt, zerstückt hatte und hingerichtet worden war, theilt Verfasser folgenden interessanten Fall mit.

1. T. Sohn eines Trinkers, selbst dem Trunke ergeben, Vater eines idiotischen Mächens, hat zwei taube Geschwister, ist von jeher höchst reizbar und zornmüthig. Er lebte getrennt von seiner Frau und im Unfrieden mit der Schwiegermutter. Am 11. December 1879 hatte er mit Anderen viel Wein und Schnaps getrunken, verabschiedete sich gegen 5¼ Uhr um zu seiner Mutter zu gehen und schien damals nicht betrunken. Gegen 6 Uhr kam er am Hause seines Schwagers vorbei, sah dort seine Frau, stiess Drohungen aus, kaufte sich einen Revolver, ging in's Haus der Schwiegermutter, zog die Schuhe aus um geräuschlos einzutreten, fragte nach seiner Frau, zog als er hörte sie sei nicht da, den Revolver und schoss mit den Worten „das ist für Euch, dann kommen die Anderen dran" nach einer Frau, die entkam. Er eilte in's Haus des Schwagers, rief „Ihr seid

Alle des Todes", verwundete mit Revolverschüssen Schwägerin und Frau, wandte sich dann gegen den Schwager, der ihn jedoch entwaffnete. Da sagte er nun „ich habe das Schaffot verdient, ich habe auch die Schwiegermutter getödtet, Alle umgebracht". Plötzlich fing er nun an von einem Esel zu faseln. Verhaftet klagte er, dass man ihn zu fest gebunden habe, was die zusammengeströmte Menge wolle, er sei kein Verbrecher. Als ein Polizeimann ihn durchsuchen wollte, stiess er ihn zurück als einen Dieb, faselte von Ball, mörderischem Ueberfall, gegen den er sich erfolgreich vertheidigt hatte, sang ein Lied, legte sich dann in eine Ecke des Polizeilokals, einen Cigarrenstummel kauend und schlief? ein. Nach einiger Zeit zum Verhör aufgerüttelt, erschien er bei sich, erstaunt sich im Gefängniss zu befinden und wusste angeblich nichts von allem Vorgefallenen. In's Gefängniss zurückgeführt, wurde ihm übel. Man gab ihm ein Brechmittel. Er entleerte einen Cigarrenstummel und Speisereste ohne Alkoholgeruch, bot auch keine Zeichen von Trunkenheit. Er blieb nach wie vor bei seiner Angabe von 3½ Nachmittags bis zur Aufrüttelung aus dem Schlaf im Gefängniss nichts von allem Vorgefallenen zu wissen. Vor einiger Zeit war P., als ihm beim Rasiren eine schmerzhafte Narbe im Gesicht überfahren wurde, bewusstlos zusammengestürzt und hatte dabei Urin entleert. Epileptische Antecedentien fanden sich keine, auch hatte neuerliche Reizung der Narbe keinen Erfolg. Die Expertise ergab keine Zeichen von Geisteskrankheit, schloss aus dem Umstande, dass T. planmässig und combinirt handelte, nach der That anscheinend bei sich war, sein angebliches Delir nicht den Umfang eines maniakalischen hatte, T. von 3½—6 Uhr noch verständig gesprochen hatte, auf simulirtes Irresein und erlogene Amnesie, ohne jedoch genauer durch Kreuzverhör und Feststellung der Dauer jener sie eingehender zu prüfen. Dagegen fand die Expertise in der erblichen Belastung und Reizbarkeit des Angeklagten ein Auskunftsmittel um eine verminderte Zurechnungsfähigkeit herauszufinden. T. wurde unter Annahme mildernder Umstände zu lebenslänglicher Zwangsarbeit verurtheilt.

2. Gutachten von *Marandon de Montyel* über einen erblich belasteten Betrüger und Vagabunden.

D., Sohn eines Trunkenbolds, dessen Schwester ebenfalls dem Trunke ergeben war, Enkel und Neffe einer irrsinnigen Grossmutter und Tante mütterlicherseits, bot von Kindheit auf Mangel des moralischen Sinns, Unfähigkeit einer Selbstführung. Zur unglücklichen Anlage kam fehlerhafte allzu nachsichtige Erziehung Seitens der schwachen Mutter. Seit dem 9. Jahre hatte er gestohlen. Vergebens war ein Aufenthalt im Rettungshause von Oswald gewesen. Wo er war, stahl, schwindelte, betrog er, vergeudete er das Geld. Mit 19 Jahren liess ihn die Mutter in die Irrenanstalt bringen, wo er anfangs ein gutes Betragen zeigte, bald aber seine wahre Natur zeigte. Die Expertise legt das Schwergewicht auf den Erziehungsfehler, nicht auf die erbliche Veranlagung und findet in beiden Thatsachen mildernde Umstände. Eine klinische Untersuchung des D. aus

der sich entscheiden liesse, ob Verfasser Recht hat, oder moralischer Irrsinn vorlag, ist nicht mitgetheilt. 6 Monate Correctionshaus.

3. Sittlichkeitsvergehen. Gutachten von *Bulard* und *Lafargue.*

K., Klosterbruder, steht unter der schweren Anklage mit 9 Knaben und 2 Mädchen unter 13 Jahren unzüchtige Handlungen vorgenommen zu haben, u. A. indem er den Mädchen die Röcke aufhob und sie mit Schuhschnüren schlug. Paederastie konnte ausgeschlossen werden. K., 59 Jahre, litt an doppeltem Leistenbruch, Schwäche des Detrusor urinae, Spuren eines flechtenartigen Ausschlags und zeitweiser Schlaflosigkeit. Er entschuldigt sich damit, er habe nach Spuren geheimer Laster bei den ihm anvertrauten Kinder sehen und sie, wenn er solche herausfand, bestrafen müssen. Er habe es gut gemeint. Die Expertise fand einen originär verschrobenen Menschen mit ganz verkehrten Anschauungen und geschwächtem moralischen Sinn.

Sexuell hatte er sich bisher nie etwas zu Schulden kommen lassen, aber mit dem verkehrten, reizbaren Menschen war schwer auszukommen gewesen. Entlastend für K. war, dass er nie sich vor den Kindern entblösst hatte und diese thatsächlich der Selbstbefleckung ergeben waren. Das Gericht liess die Anklage fallen.

4. Sittlichkeitsvergehen. Gutachten von *Chasseloup.*

B , 52 Jahre., hatte früher eine Gehirnaffection und musste sein Kaufmannsgeschäft seitdem aufgeben. Eines Tages, in Abwesenheit seiner Frau, lockte er 2 kleine Mädchen in sein Haus, gab ihnen Spirituosen zu trinken, machte dann wollüstige Manipulationen an den Mädchen, befahl ihnen nichts zu verrathen und ging dann seinen Geschäften nach. Nach einigen Tagen wurde B. verhaftet. Die Expertise ergab einen Zustand von ausgesprochenem Schwachsinn nach wiederholten Apoplexien. B. der bisher musterhaft sich betragen hatte, will in einem ihm selbst unerklärlichen Drang und seiner Sinne nicht mehr mächtig die Handlung begangen und als er zu sich gekommen, des Geschehenen bewusst wurde, sich geschämt und die Mädchen gleich weggeschickt haben. Der erste Experte nahm volle Unzurechnungsfähigkeit, der zweite strafwürdige Leidenschaft bei voller geistiger Gesundheit an.

Verf. als 3. Experte weist nach, dass B. seit seinen cerebralen Anfällen geistig geschwächt, unfähig zum Beruf, halbgelähmt, in Sprache und Auffassung verlangsamt war. Er weinte oft ganz kindisch, hatte bald nach der Verhaftung einen ungeschickten Selbstmordversuch gemacht. Seine sittliche und intellectuelle Energie in der Bekämpfung aufsteigender sinnlicher Regungen war jedenfalls erheblich geschwächt und dies muss ihm angerechnet werden. Keine Verurtheilung.

5. Schwachsinniger Gewohnheitsdieb. Gutachten von *Mordret.*

Ausgesprochener originärer Fall von Schwachsinn mit choreiformen Bewegungs- und Sprachstörungen. Uneheliches Kind. Schlechte Erziehung, wurde zum Stehlen angehalten. Wiederholte Bestrafungen wegen Diebstahls

mit Einsteigen sowie Anhaltungen des herumvagabundirenden Menschen in Irrenhäusern. Dort hatte man ihn für einen Imbecillen mit ungenügendem Unterscheidungsvermögen und Unfähigkeit für sich selbst zu sorgen gehalten. Die Diebstähle wurden sämmtlich mit einer gewissen Schlauheit und Bewusstsein der Strafbarkeit ausgeführt. Das Gutachten erklärte den N. N. bis zu einem gewissen Grad zurechnungsfähig. Der Gerichtshof sprach ihn frei und übergab ihn der Administrativbehörde. Diese liess ihn laufen. Er fuhr fort zu vagabundiren und zu stehlen, bis man ihn in die Irrenanstalt schickte, wo er gern blieb.

6. Erworbener Schwachsinn. Simulation. Gutachten von Dr. *Combes.*

T. ist nach Verlust seines Geldes und häuslichem Kummer ein Vagabund geworden und hat sich dem Trunk ergeben. Eines Tags arretirt, erkannte man ihn irrsinnig und schickte ihn in die Irrenanstalt. Entlassen, vagabundirte er wieder, neuerlich verhaftet, machte er dummes Zeug, verwundete einen Aufseher. Man schickte ihn wieder in die Irrenanstalt. Dort bekannte er aus freien Stücken, dass er simulirt habe und bot nichts Auffallendes mehr. In's Gefängniss zurückversetzt und merkend, dass ihm wegen der Verwundung eine längere Strafe drohe, wurde er appetit- und schlaflos und begann zu deliriren. Er delirirte im Sinne physikalischen Verfolgungs- und religiös expansiven Wahns, behauptete Stimmen zu hören. Nach 8 Tagen bekannte er seine neuerliche Simulation, die ihm durch Studium des Irreseins in der Irrenanstalt nicht schwer gewesen sei. Daneben fand aber *C.* einen intellectuell und moralisch durch dissolutes Leben geschwächten Menschen. Der Gerichtshof erkannte verminderte Zurechnungsfähigkeit an und verurtheilte zu einer geringen Strafe.

7. Erworbene Geistesschwäche. Betrügereien. Gutachten von Dr. *Combes.*

Der Fall ist zu aphoristisch mitgetheilt, um Beachtung zu verdienen. Möglicherweise handelte es sich um das Prodromalstadium einer Dementia paralytica. Bedenklich ist der Ausspruch des Begutachters, dass hier die Zurechnungsfähigkeit um die Hälfte (!) vermindert sei.

8. Unzuchtsverbrechen. Hysterismus.

Marianne L., Dienstbote in Bordeaux, hat Nachts, während ihre Herrschaft unter dem Einfluss von ihr beigebrachten Narcoticis fest schlief, deren Kinder ihrem Geliebten zu geschlechtlichem Genusse preisgegeben und zu Zeugen der unmoralischsten Scenen gemacht (!). In der Voruntersuchung hatte der Geisteszustand der L. keinen Verdacht erregt. In der Hauptverhandlung brachte der Vertheidiger 3 Aerzte bei, die nachwiesen, dass die L. hysterisch (Hemianästhesie und Krampfanfälle) war. Die Ansichten dieser Aerzte über ihre Zurechnungsfähigkeit waren getheilt. Der Vertheidiger bestritt die Thatsächlichkeit der der L. zur Last gelegten Verbrechen, eventuell deren Zurechnungsfähigkeit. Der Gerichtshof ging auf eine weitere Prüfung des Geisteszustandes nicht ein, jedoch wurde die L. milder bestraft als ihr Geliebter.

Der Fall wurde in der medicinischen Presse vielfach erörtert. Die L. war vor ihrer hysterischen Neurose eine anständige, vertrauenswürdige Person gewesen. Von der Erkrankung an hatte sie schamlos sich prostituirt und ihren moralischen Sinn eingebüsst. Dr. *Lagardelle* hält die Hysterie für nicht bedeutungslos, die L. aber nicht für wahnsinnig. Dr. *Moracke* behauptet, sie sei eine Nymphomanische und ihre Zurechnungsfähigkeit wenigstens für die mit ihrem Geschlechtsleben in Beziehung stehenden Handlungen beschränkt.

Lasègue, Zweifelhafter Geisteszustand eines Diebes. — Annales médico-psychol. Juli. p. 137.

Ein 28 J. alter Lehrer, mit hinreichendem Auskommen, hat in den letzten Jahren jedesmal im Februar 10 Paletots in Café's entwendet und im Leihhause verkauft. *Lasègue*'s Untersuchung des Mannes ergab durchaus nichts Krankhaftes, auch keine hereditären Beziehungen. Die med.-psychol. Gesellschaft findet diesen Fall sonderbar, eine längere Beobachtung wünschenswerth. *Voisin* erzählt folgenden Fall. Die Grossmutter kehrte jedesmal seit etwa 20 Jahren von ihren Badereisen mit im Hotel gestohlenen Gegenständen heim, die der Sohn, ein höchst ehrenwerther Mann, sich jeweils beeilte zurückzusenden. Der Sohn dieses Mannes stahl von frühem Alter an alles Mögliche, versah die Gegenstände mit Datum und Adresse des Eigenthümers, sodass als man sein Magazin entdeckte, man keine Mühe hatte, Alles dem rechtmässigen Besitzer zuzustellen. Niemals hatte der Dieb etwas zu eigenem Gebrauch verwendet. Er war ein heftiger, reizbarer Mensch, der im Zorn sogar mit dem Messer um sich stach, zugleich Nachtwandler. In derartigen Fällen von Diebstahl sollte eine Expertise nicht versäumt werden.

Arthaud, *Mollière* und *Simon*, Gutachten über den Geisteszustand (Verfolgungswahnsinn) eines der fahrlässigen Tödtung Angeklagten. — Annal. médico-psycholog. Mai.

Am 15. Juli 1878 spazierte R. mit 2 Verwandten und seinem Schwiegervater im Park und hatte, wie gewöhnlich, sein Gewehr umgehängt, um Vögel abzuschiessen. Als er einmal Stellung zum Schiessen nahm, ging das Gewehr los und die Ladung tödtete den vor ihm gehenden Schwiegervater. Verhaftet und wegen fahrlässiger Tödtung vor Gericht gestellt, erhob sich R. im Termin und erklärte, er habe nicht zufällig, sondern absichtlich den Schwiegervater erschossen, da dieser ihn beständig mit Gift am Leben bedrohte. Auf diese Erklärung hin wurde eine gerichtsärztliche Exploration und die Beobachtung des R. in der Irrenanstalt verfügt. Diese ergab einen seit 1871 bestehenden weitverzweigten, von massenhaften Sinnestäuschungen getragenen Vergiftungs-Verfolgungswahnsinn. Bei dem Umstand, dass R. bisher den Schwiegervater nicht in seinen Wahn einbezogen,

ihn nie vorher zur Rede gestellt hatte, bezweifelten die Experten mit Recht, dass es sich um einen Mord handle und vermutheten, dass diese gravirende Selbstbeschuldigung ebenfalls eine pathologische Bedeutung habe.

In der Haft trat ein hallucinatorischer, manieartiger, episodischer Aufregungszustand ein, auch wurden Transformationsideen im Sinne der Grösse bei dem hereditär behafteten Kranken constatirt. Freisprechung. Internirung des gemeingefährlichen Irren.

Dr. *Pelman*, Einige gerichtlich medic. Gutachten über zweifelhafte Gemüthszustände. — *Friedreich*'s Blätter. Heft 2 u. 3.

I. Querulantenwahnsinn. Schreiner W. hat auf den Kaufmann Sch., als dieser aus der Frühmesse kam, auf offener Strasse geschossen, ihn am Arm verwundet. Motiv: vor die Assisen zu kommen und so eine alte Processsache gegen den Sch. zum Austrag zu bringen. Sch. kannte den W. gar nicht, aber W.'s Vater, ein exaltirter Mensch, hatte in einem Process, in den Sch. irgendwie verwickelt gewesen, vor vielen Jahren sein Vermögen eingebüsst, seitdem den Sch. als Urheber seines Unglücks bezeichnet. In diesen Ideen war der Sohn, ebenfalls ein überspannter Mensch, aufgewachsen. 1876 war dieser mit seinem Geschäft zu Grunde gegangen, hatte im Aerger darüber eine zeitlang getrunken. Sein Charakter änderte sich, er äusserte unklare Beeinträchtigungsideen. Die Idee, am alten Feind der Familie sich zu rächen, tauchte in ihm auf. Er versuchte noch einmal vergeblich eine Klage gegen Sch., dann kaufte er einen Revolver, übte sich in dieser Waffe und schoss auf Sch. am 28. Juli.

W., 32 J., bietet ungleiche Iris- und Facialisinnervation, Sprache häsitirend. Er hat bis zum 15. J. an nächtlichem Bettpissen gelitten. Geschlechtstrieb hat er nicht gezeigt.

Er bietet Ideen von Selbstüberschätzung, ist von der Schuld des Sch. überzeugt, hält seine Handlungsweise gegen ihn für berechtigt, ist mit dem Erfolg sehr zufrieden, denn er kommt vor die Geschworenen und dann ist Sch. ein verlorener Mann. W. ist gänzlich einsichtslos und alogisch, wie es nur ein Verrückter sein kann.

Das Gutachten erweist die erbliche Veranlagung, ein durch somatische (motorische) Störungen sich kundgebendes Hirnleiden, das Bestehen eines seit 2 Jahren vorhandenen Zustands von (Querulanten) Wahnsinn, der als Erbschaft vom Vater annähernd im gleichen Lebensalter und in gleicher Form auftrat. Nachweis der aufgehobenen freien Willensbestimmung und der vorhandenen Gemeingefährlichkeit des W. Versetzung in Irrenanstalt.

II. Ein Kaufmann, kränklich, mit Lungenkrankheit und Herzfehler nach vorausgehender Pneumonie und Gelenkrheumatismus behaftet, erblich veranlagt, von jeher rechthaberisch, zeigte nach neuerlichem Gelenkrheumatismus (1872) Aenderung des Charakters, Ueberschätzungsideen, episodisch Verfolgungsideen und Gehörshallucinationen, Excentricitäten der Lebens-

weise, überwarf sich mit seiner Familie, kam endlich in die Irrenanstalt und sollte entmündigt werden. Aus dieser „widerrechtlichen Vergewaltigung eines freien Bürgers" entwickelte sich Querulantenwahnsinn neben dem früheren Schwachsinn, der Eitelkeit und Verschrobenheit, den Ueberschätzungs- und Verfolgungsideen, der episodischen hypochondr. Verstimmung und Erregung, bis zu Vergiftungsideen.

Das Gutachten weist die tiefe geistige Störung des in seiner Klagesucht unermüdlichen, für seinen Zustand einsichtslosen Kranken überzeugend nach. Interessante beigefügte Briefe des Kranken erweisen die Richtigkeit der Auffassung des Zustandes. Die Interdiction wurde nicht verfügt, der Kranke blos verbeistandet. Das Leiden entwickelte sich weiter zu deutlichem Verfolgungswahn.

III. Charakteristisches Promemoria eines an Querulantenwahnsinn leidenden, in der Irrenanstalt befindlichen Lehrers.

IV. Versuchter Mord der Grossmutter.

Frau B. hatte ihren Stiefsohn zwischen 9 und 10 Uhr pfänden lassen. Das war dem 24jährigen Enkel sehr nahe gegangen. Er entfernte sich, verschaffte sich eine Pistole, unter dem Vorwand, dass er zu einer Hochzeit geladen sei. Um 11 Uhr war er in's Haus der Grossmutter gegangen und hatte auf die alte Frau, die krank im Bett lag, ohne ein Wort zu reden, gefeuert. Bald darauf verhaftet, bot er zweifellose Zeichen von Trunkenheit. Erst im Schwurgerichtstermin wurde vom Vertheidiger die Möglichkeit der Unzurechnungsfähigkeit bei dem epileptischen Angeklagten geltend gemacht. Darauf wurde eine ärztliche Beobachtung verfügt.

N., 24 J. alt, erblich nicht disponirt, erlitt im 4. Jahre eine Apoplexie, war mehrere Monate dann sprachlos und gelähmt. Die gelähmte r. Seite blieb in der Entwicklung zurück, namentlich wurde der r. Arm verkrüppelt. Im 15. Jahre traten epileptische Anfälle auf, die sich binnen 1—3 Wochen wiederholten. Zu Zeiten bot er auch Anfälle von Unruhe und zwecklosem Umherlaufen, wobei er unwirsch und verwirrt erschien. Schon als Schulknabe erwies er sich geistig beschränkt. Das Gutachten führt mit Recht all diese Symptome auf eine Entartung und Bildungshemmung des in seiner Entwicklung durch eine Heerderkrankung (Apoplexie) gestörten Gehirns zurück. Bei Epileptikern sind krankhafte Gemüthsreizbarkeit und Neigung zu Gewaltthätigkeiten, besonders gelegentlich von Affecten, die bei ihnen leicht zu krankhafter Höhe sich steigern, häufige Erscheinungen und doppelt wichtig da, wo sie mit Schwachsinn zusammentreffen. Diese Momente sind bei N. vorhanden. Er steht ethisch und intellectuell auf nahezu kindlicher Stufe. Ein ethisches Verständniss für seine Handlung ist ihm nicht beizubringen. Sinnlos betrunken war er damals nicht. Seine Erinnerung blieb treu bis zu seiner Verhaftung. N. ist in der Beobachtung ruhig, aber nach wie vor schwachsinnig, hat ab und zu epileptische Anfälle. Gelegentlich eines Affects gerieth er ganz ausser sich, weinte wie ein Kind und war nur schwer zu beruhigen.

N. ist ein durch gehemmte Hirnentwicklung in Folge apoplectischen Insults geistesschwach und zudem epileptisch. Die Epilepsie hat die geistige Schwäche noch gesteigert und ihrerseits eine Reihe krankhafter Reizungen und triebartiger Zustände hervorgerufen. Aus diesem geistig defecten Zustand entwickelte sich unter dem Einfluss eines Affects, Antrieb und Entschluss zur That, die unter dem Einfluss von Spirituosen zur Ausführung kommt. Verf. hält den N. für schwachsinnig und in Bezug auf die angeschuldigte Handlung und seine freie Willensbestimmung für beschränkt und unfrei.

Im neuen Termin konnten 2 weitere Sachverständige an N. keine Geisteskrankheit finden und da er (in schwachsinniger Weise) das Factum längnete, wurde dies als Zeichen seiner Durchtriebenheit aufgefasst, N. für zurechnungsfähig erklärt und mit 15 J. Zuchthaus bestraft.

V. Versuch der vorsätzlichen Brandstiftung. Zweifelhafter Geisteszustand. Simulation.

Frau W. lebte mit den Nachbarn in Streit wegen eines Wegs. Sie unterlag vor Gericht, bekam in einer Rauferei mit den Nachbarn Schläge. Eines Nachts wurde sie ertappt, als sie ein Feuer in der Nähe eines den Nachbarn gehörigen Schuppens unterhielt. Sie ging mit der Mistgabel auf jene los, rannte dann heim, wo man sie noch Stundenlang schreien hörte: „ich stecke in Brand, was ich will, das ganze Nest muss brennen". Am folgenden Tag kniet, betet sie, behauptet sie sei ein Posten, von Gott gesandt. Einem Zeugen scheint sie verrückt zu sein, einem anderen zu simuliren. Im Verhör einige Tage später behauptet sie von der That und dem überhaupt an jenem Tag Vorgefallenen nichts zu wissen, später erklärt sie sich für epileptisch und beruft sich dafür auf Zeugen. Diese strafen sie Lügen. Die sonstigen Angaben über ihren früheren Geisteszustand lauten widersprechend. Das Resultat der ärztlichen Beobachtung und Untersuchung ist ein negatives. Die Aussagen der Beschuldigten sind nicht zu verwerthen, da überall wo sie controlirbar sind, sie sich als falsch erweisen. Ihr ganzes Benehmen ist ein lügenhaftes, der Simulation verdächtiges. Diese Überzeugung spricht das 1. Gutachten aus. Die Inculpatin kam nun zu eingehender Beobachtung in die Irrenanstalt. Hier simulirte sie zweifellos, antwortete auf alle Fragen „weiss nicht", ahmte andere Kranke nach, übertrieb, brachte es nie zu einem naturwahren Bild von Geisteskrankheit, fiel immer wieder aus der Rolle. Das 2. Gutachten weist nach, dass die W. niemals epileptisch war, noch jetzt geisteskrank ist und dass ihre Angaben, sie wisse nichts von ihrer incriminirten Handlung, auf einer Lüge beruhen.

VI. Fragliche, aber nicht vorhandene Geistesstörung.

Die 68 J. alte G. war angeklagt, einen Grenzstein versetzt und einen falschen Eid geschworen zu haben. Da der Vertheidiger auf mehrere Fälle von Irrsinn in der Familie der G. hinwies, wurde die G. zur Beobachtung der Irrenanstalt überwiesen. Diese Beobachtung dauerte 5 Monate und er-

gab nichts Pathologisches. Da Irrsinn in der Familie, selbst erbliche Anlage solange irrelevant ist, als nicht geistige Erkrankung beim Inculpaten selbst nachweisbar ist, schloss das Gutachten Geisteskrankheit aus.

Péon, Gutachten über den Geisteszustand eines Diebs. — Annal. médico-psycholog. Januar.

Der Fall betrifft einen Paralytiker. Der Diebstahl geschah in frecher Weise mittelst Einbruchs in Abwesenheit der Eigenthümerin.

Franzolini, Zweifelhafter Geisteszustand (Imbecillität, Epilepsie) eines Mörders. — Rivista sperimentale. Anno VII. Fasc. 1 und 2.

Am frühen Morgen des 8. August 1879 versetzte ein gewisser Botti in Udine dem D. einen Stich in die linke Halsgegend, an dessen Folgen (Blutung aus der Carotis) der Verletzte starb. B. bekannt unter dem Spitznamen „der Närrische" gestand, bald darauf verhaftet, seine That. B.'s Vaters Mutter war epileptisch, sein Vater ein Trinker gewesen; sein Bruder ein Gewohnheitsverbrecher. Als die Mutter mit B. schwanger war, litt sie an Syphilis und war einmal einem heftigen Schrecken ausgesetzt gewesen. B. war als Kind schwächlich, litt an hereditärer Syphilis (Geschwüre, perforirter harter Gaumen etc.); man zweifelte an seinem Aufkommen. Erst mit dem 14. Jahre wurde er kräftiger, lernte gehen und sprechen, stotterte jedoch, war geistesschwach, lernte nichts, bekam mit 14 Jahren epileptische Anfälle, die sich mit dem Genuss geistiger Getränke häuften, in den letzten Jahren aber selten geworden waren. B. war Strassenbettler, bei geringem Anlass, besonders wenn man ihn neckte, sehr gereizt. Mit einem Messer, das er bei sich zu tragen pflegte und mit Steinen, die er zusammenraffte, konnte er dann selbst aggressiv werden. Bisher war er gerichtlich nicht beanstandet gewesen. Mit 22 Jahren fand B. Unterstand bei einer Wittwe. Er verliebte sich in deren Tochter und mochte es nicht leiden, als auch D., der später Ermordete, dem Mädchen schön that. D. gefiel sich darin den blöden B. zu necken. Dessen Hass wuchs, als D. ihn bei einem Kauf übervortheilte und namentlich als D. vor 2 Jahren ihm ein entliehenes Messer zurückzugeben verweigerte. In der letzten Zeit hatten die beiden in beständigem Hader gelebt und B. den D. wiederholt mit dem Messer bedroht. D. fuhr fort den B. zu kränken und stellte ihm in Aussicht, dass die Wittwe ihm ihr Haus verbieten werde. Am Morgen des 8. August hatte B. den D. auf der Strasse getroffen und nach wenigen nicht im Streit gewechselten Worten nach dem D. gestochen und dann die Flucht ergriffen. Verhaftet hatte er noch das blutige Messer in der Tasche.

Er entschuldigt seine That damit, dass D. ihn beständig bedroht und er schliesslich seines Lebens nicht mehr sicher gewesen sei. Er werde so etwas

nicht wieder thun. Er habe Gott um Verzeihung gebeten. Nun sei Alles wieder gut und man möge ihn wieder freilassen. Er weiss theoretisch, dass man nicht tödten darf, vermag aber keine Anwendung auf den eigenen concreten Fall zu machen. Der D. hätte ihn aber in Ruhe lassen sollen! Seine Ethik und Intelligenz sind sehr dürftig, sociale Gefühle kaum vorhanden. Seine Religion reducirt sich auf das mechanische Hersagen von Gebeten.

B. hat das Gepräge eines Idioten, er ist fast bartlos, stottert, grimassirt und wackelt beim Sprechen, seine Haltung ist vorgebeugt. Der Schädel ist im Stirntheil schlecht entwickelt, die Stirn niedrig. B. ist myopisch (sclerochorioiditis, staphyl. post.) schwerhörig, sein Geschlechtstrieb ist wenig entwickelt. Vegetativ keine Störungen.

B. ist schwachsinnig von Geburt. Er hatte einen gewissen Grad von Erkenniss der Strafbarkeit seiner That, aber seine sittliche Widerstandsfähigkeit war durch seine ethische und intellectuelle Defectuosität, sowie durch seinen (epileptischen) reizbaren Charakter in Frage gestellt. Dazu kam ein affectvoller Seelenzustand, motivirt durch Eifersucht, Drohungen des D. er werde das Haus des Mädchens, das er gerne sah, nicht mehr betreten dürfen. In diesem Zustand musste B.'s sittliche Widerstandsfähigkeit auf ein Minimum sinken.

Unter allen Umständen ist er ein gemeingefährlicher intellectuell defecter und epileptischer Kranker. B. wurde für unzurechnungsfähig erklärt und der Irrenanstalt zugewiesen.

Tamburini, Gutachten über den Geisteszustand (agitirte Melancholie auf Grundlage larvirter Epilepsie) eines des raffinirten Diebstahls und des Widerstands gegen die öffentliche Gewalt Angeklagten. — Rivista sperimentale. Anno VII. Fascic. 1 u. 2.

Am 10. Februar Morgens war der als Taschendieb berüchtigte Hausirer R. verhaftet worden, da er gerade einem Fremden eine Geldbörse listig entwendet hatte. Es war dies seine 20. Verhaftung. Seine Vergehen waren in der Regel Diebstahl, mehrmals Widerstand gegen die Sicherheitsbehörde, ferner Besitz verbotener Waffen gewesen.

Bei der Verhaftung begann R. zu schreien, sich zur Wehre zu setzen. Mühsam in Arrest gebracht, gerieth er in wuthartig steigende Aufregung, fing an zu zerstören, den Kopf an die Wand zu stossen, zu klagen, dass seine Frau ihm untreu geworden sei. Man konnte R. endlich die Zwangsjacke anziehen und ihn in's nahe Irrenhaus in Reggio bringen. Seine ängstliche Aufregung dauerte dort fort, er schrie Tag und Nacht, jammerte er sehe eine Schlange, meinte vorübergehend er habe sie im Kopf, wollte diesen an die Wand zerstossen, weigerte Nahrung, schlief nur zeitweise auf grosse Dosen Chloral. Am 3. Tag kam er wie aus einem Traum zu sich, wusste nichts vom Diebstahl noch allem Vorgefallenen, war noch einige Tage confus, dämmer-

haft, wurde dann ganz lucid, war aber in der Folge jeden 2. oder 3. Tag 1—2 Tag lang moros, schweigsam, verloren, mied die Umgebung. Ende Februar schwanden auch diese Erscheinungen.

R. von schwachem Charakter und beschränkter Intelligenz, geboren 1838, ergab sich früh dem Trunk und zügellosem Lebenswandel. 1872 im Gefängniss wegen Diebstahls (11. Bestrafung) und zu 3 Jahren verurtheilt, machte er einen Suicidiumversuch durch Erhängen. Die Wachsamkeit eines Aufsehers rettete ihn, aber er erlitt beim Abstürzen eine Depression des linken Seitenwandbeins. In der Strafhaft bot er Symptome von Irrsinn, war 1 Jahr in der Senavra, wurde dann als Simulant in's Gefängniss zurückgeschickt. Nach verbüsster Strafe wollte er sich von seiner Frau „wegen ehelicher Untreue" scheiden lassen, reüssirte nicht, wurde bald darauf wegen Widersetzlichkeit wieder bestraft, dann wegen Diebstahl bis October 1875 eingesperrt. 20 Tage später war er wegen „Mania furiosa" im Irrenhaus zu Bergamo bis 28. November. Vom 9.—28. Juli 1876 wurde er in der Irrenanstalt von Bologna an „Melanchol. agitata" behandelt. Schon vorher war er durch störrisches, sonderbares reizbares Wesen, Strassenunfug und Widersetzlichkeit gegen die Sicherheitsbehörde auffällig gewesen. Bald nach der Entlassung hatte sich abermals ein ängstlicher hallucinatorischer Aufregungszustand mit Schlaflosigkeit gezeigt und 15 Tage gedauert.

Am 11. Februar 1877 wegen Diebstahl auf dem Bahnhofe in Reggio verhaftet und gleich darauf irrsinnig geworden, bot er wesentlich einen gleichen Aufregungszustand wie die früheren Male und wie später. Er faselte von Untreue der Frau, delirirte von einer Schlange, hörte seine Frau mit einem Liebhaber vor dem Fenster seiner Zelle sich unterhalten, hatte zeitweise convulsivische Zuckungen, myotische Pupillen, weigerte Speise, kam am 4. Tage etwas zu sich, wusste nichts von Delict und Delir, hatte zeitweise auch Erschütterungen des Körpers, hörte verfolgende Stimmen, fürchtete sich vor der Schlange, wurde allmälig lucid und geordnet. Vom 19.—27. März neuer Anfall. Weitere solche im Mai, Juni, Juli, in denen er wiederholt Selbstmordversuche machte. Intervallär bot er herabgesetzte Reaction gegen cutane Faradisation und Hyperämie der Retina. Das Gutachten lautete damals auf Epilepsia larvata und dadurch bedingte „Manie". Im September entlassen, machte er vom April bis Mai 1878 einen neuen Anfall im Irrenhause zu Bologna durch. Am 11. August 1878 befand er sich aus gleichem Anlass in dem von Piacenza. Dieser Anfall dauerte bis 14. August. Neue Anfälle am 17. August, 2. September. Damals gerichtsärztlich untersucht, wird er von einem Arzt für einen Simulanten, von den Andern für irrsinnig erklärt. Er kommt zu weiterer Beobachtung in's Irrenhaus von Voghera. Dort den früheren Anfällen typisch gleichend. Es wird ermittelt, dass vor solchen er immer an zunehmendem Gefühl von Schwere und Schmerz im Kopf und entsetzlicher Verwirrung der Gedanken litt. Das damalige Gutachten lautete auf anfallsweise agitirte Melancholie. Am 10. Februar 1879 neue Verhaftung und Rückfall (s. o.) R hat über-

brachycephalen, asymmetrischen Schädel. Am linken Seitenwandbein Narbe mit Knocheneindruck. Gedächtniss treu aber fehlend für das in den Anfällen Geschehene. Er bietet intervallär psychisch nichts Besonderes. Die tactile und Schmerzempfindlichkeit ist auf der rechten Körperhälfte herabgesetzt. Das rechte Auge ist amblyopisch, die Pupille erweitert, träge reagirend. Das Gehör ist rechts geschwächt.

Das Gutachten betont zeitweise wiederkehrende Anfälle von hallucinatorischem furiosem Delir, typischem Inhalt, mittlerer Dauer von 2 Tagen, mit plötzlichem Erwachen wie aus einem Traum und Amnesie. Verfasser bezieht die halbseitigen Störungen der Sensibilität auf eine durch die 1872 erlittene Kopfverletzung bedingte Rindenläsion des Gehirns. Auch die psychischen Insulte glaubt er mit der Verletzung in Zusammenhang bringen zu müssen. Die Anfälle machen den Eindruck epileptischer (Epil. larvata). Interessant ist das fast typische Auftreten von Diebstahl vor solchen. Es handelt sich hier nicht um auraartige kleptomanische Impulse, sondern der Schrecken der Verhaftung bildet die veranlassende Ursache des sofort eintretenden Anfalls. Interessant ist, dass die Amnesie auch den Moment der Diebstähle umfasst. Verf. hält es für bedenklich, anzunehmen, dass R. in diesem Moment, d. h. unmittelbar vor dem Anfall noch zurechnungsfähig gewesen sei. Er bedarf unausgesetzter Ueberwachung als gemeingefährlich. Das Tribunal fällte ein freisprechendes Erkenntniss. Die Anfälle kehrten wieder.

Lentz und *Schrevens,* Gutachten über den Geisteszustand (erbliche Belastung, Schwachsinn, epileptischer Charakter) eines der schweren Verletzung des Vaters Angeklagten. — Bulletin de la société de med. mentale de Belgique. 1. Fasc.

D. hatte, als ihn seine Mutter wegen seines ungebührlichen Betragens zurechtwies, sie geohrfeigt und als sein Vater ihm die Thüre wies und sein Benehmen tadelte, diesem 5 Messerstiche versetzt, bis es der Umgebung gelang D. zu bändigen. Er entledigte sich seiner Bande, wusch sich, machte sich dann an's Frühstück wie wenn gar nichts vorgefallen wäre. Als ihm sein Bruder Vorwürfe machte, sagte D. nur: „die Geschichte musste einmal ein Ende nehmen".

Seit 1877, wo D. aus dem Seminar in's elterliche Haus zurückgekehrt war, hatte er aus geringfügiger Ursache wiederholt nach dem Bruder und dem Vater gestochen.

D. stammt aus einer Geschwisterkindehe, jedoch waren die Eltern aus unbelasteter Familie. 2 seiner Brüder starben an cerebralen fieberhaften Krankheiten. Er war schwächlich, geistig beschränkt, entwickelte sich spät, zeigte ein sehr cholerisches Temperament, gerieth bei Versagung von Wünschen in bedenkliche Aufregung, fiel dann selbst bewusstlos um und hatte Schaum vor den Mund. Er schrie dann auf, wälzte sich auf dem Boden,

blieb längere Zeit bewusstlos. Eines Tags hatte er in der Kirche einen Ohnmachtsanfall. Von der Pubertät an verloren sich die Zornanfälle, aber seine Gesundheit blieb schlecht, er litt häufig an Lungenblutungen. Er galt als ein exaltirter Kopf im Gymnasium, litt viel an Kopfcongestionen und wurde wegen ungenügender geistiger Begabung aus dem Seminar entlassen. Daheim war er leidlich wohl, jedoch bei der geringsten Gemüthsbewegung wurde er gleich blutroth im Gesicht. Er duldete keinen Widerspruch, war ein Haustyrann, sehr von sich eingenommen, eifersüchtig, sodass es daheim beständig Spectakel gab. Gegen Fremde war er zuvorkommend.

Zu Zeiten war er ruhig, indifferent, selbst apathisch, dann wieder reizbar, nervös aufgeregt, stürmisch und konnte, wenn man ihn nur ansah, in Zorn gerathen und die Umgebung bedrohen. In der Beobachtung bot er Kopfschmerz, zeitweise Migräneanfälle, Zustände von moralischer und physischer Erschlaffung, auf die solche von Unbehaglichkeit, grosser Reizbarkeit mit Convulsionen und vagen nervösen Beschwerden folgten. Er sah das Sträfliche seiner Handlung ein. Als ihre Motive ergeben sich seine enorme Reizbarkeit und das eifersüchtige Gefühl, den anderen Geschwistern nachgesetzt zu werden. Er bietet keine Symptome einer ausgesprochenen Psychose. Er erinnert sich der Umstände seiner Handlung.

Das Gutachten macht geltend, dass D. in der Jugend epileptiforme Anfälle und bis in die jüngste Zeit die Erscheinungen des epileptischen Charakters bot. Ein epilept. psychischer Ausnahmszustand zur Zeit der That lässt sich mit Sicherheit ausschliessen. Fehlt doch u. A. jeglicher Erinnerungsdefect. Nur der Charakter spricht für eine epileptische Neurose. D. ist erblich belastet, höchst reizbar, seine geistige Entwicklung ist beschränkt. Diese beiden Umstände müssen als mildernd für seine Schuld geltend gemacht werden.

Nach geschlossenem Gutachten bot D. Zustände heftiger deliranter hallucinatorischer Aufregung und entwickelte sich bei ihm das Bild einer primären persecutorischen Verrücktheit (hört beschimpfende Stimmen, seine Gedanken aussprechen und beantworten etc.). Unter diesen Umständen musste die Möglichkeit, mit dem Angeklagten gerichtlich zu verhandeln, verneint werden.

v. Krafft, Tödtung des Dienstherrn im Zustand krankhafter Bewusstlosigkeit, epileptischer (?) Traumzustand. — *Friedreich*'s Blätter für gerichtl. Medicin. IV. Heft.

Knecht St. hat sich seit dem 4. August unwohl gefühlt. Er war nervös, reizbar, schreckhaft, fühlte den Kopf eingenommen, beim Erwachen am 5. früh ist er schwindlig, beim Aufstehen hat er einen Anfall von Zittern mit Trübung des Bewusstseins. Nach diesem Anfall ist er noch nervöser, sagt den Dienst auf, entflieht aus dem unheimlichen Hause. Er erscheint wie

angetrunken in der Schenke, dämmert herum, bietet ab und zu Fragmente von religiösexpansivem (hält sich für einen Engel und Evangelist) und schreckhaftem Delir, bedroht offenbar feindlich appercipirte Personen mit dem Tod, wird Nachmittags vom Mitknecht in einem stuporartigen Zustand aufgefunden und heimgefahren, fängt Abends wieder an zu deliriren und umherzudämmern und sticht den Dienstherrn, der sich ihm nähert, ohne ein Wort zu sagen, zusammen. Darauf geht er gelassen seiner Wege, erwacht Morgens an fremdem Ort auf freiem Feld, unbewusst alles dessen, was sich seit dem 5. früh mit ihm zugetragen hat.

Die Expertise ermittelt Convulsionen als Kind, Alpdrücken in der Knabenzeit, später Dämmerzustände mit blindem Fortlaufen, elementaren Hallucinationen und nur summarischer Rückerinnerung, ferner zeitweise delirante Traumzustände mit religiösem Inhalt der Deliren, sowie Umstände, die zeitweise nächtliche epileptische Insulte und Absencen bei Tag vermuthen lassen. Eine 1jährige Beobachtung konnte indessen nur „epileptoide“ Symptome ermitteln neben originärem Schwachsinn, verschiedenen anatomischen und functionellen Degenerationszeichen, sowie Symptomen einer chronischen Affection des centralen Nervensystems. Das Gutachten erweist, dass St. eine organisch belastete, hirnkranke und mit andauernder psychischer Störung behaftete Persönlichkeit ist, die im Zustand einer Sinnesverwirrung (krankhafte Bewusstlosigkeit) die incriminirte That beging. St. wurde nicht verurtheilt und einer Irrenanstalt übergeben. Eine klinische Epicrise spricht sich mit hoher Wahrscheinlichkeit dafür aus, dass der (bewusstlose) Traumzustand zur Zeit der That ein epileptischer war.

Gnauck, Ueber Verurtheilung Geisteskranker wegen Majestätsbeleidigung. — Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medicin. N. F. XXXIV. 2. Heft.

Unter der enormen Zahl von 1994 im Jahre 1878 wegen Majestätsbeleidigung in Deutschland Angeklagten, waren auch Geisteskranke. Verf. theilt einige bezügliche Fälle mit.

1. Hallucinatorische chronische Verrücktheit. Die verfolgenden Stimmen veranlassten den Kranken direct zur incriminirten Handlung, die in einer acuten, bis zur Bewusstlosigkeit gesteigerten (hallucinatorischen) Exacerbation begangen wurde. Schon früher war Pat. wegen des gleichen Vergehens und aus gleichem Anlass zu 15 Monat Gefängniss verurtheilt worden. Er hatte damals sorgsam vermieden, aus Angst in eine Irrenanstalt zu kommen, von seinen Stimmen etwas verlauten zu lassen, sodass die (dissimulirte) Psychose unerkannt geblieben war.

2. Epileptischer Irrsinn (Schwindelanfälle, Anfälle von epil. Verwirrtheit mit Amnesie). Die Majestätsbeleidigungen fanden höchst wahrscheinlich in solchen psychischen Ausnahmszuständen statt. Beidemale war der Kranke verurtheilt worden.

Ripping, Ein moderner psychiatrischer Rechtsfall (behauptete Muttergotteserscheinung). — Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Medicin. N. F. XXXIV. 1. Heft.

Im April 1877 behauptete der 14 J. alte Josef G. wiederholt die Mutter Gottes gesehen und mit ihr gesprochen zu haben. Die Sache machte Aufsehen. Von allen Seiten strömten Gläubige herbei, sowie Kranke um geheilt zu werden. Mit Erde von der Stelle, wo der Knabe in seinen Visionen kniete und die Erscheinung zu haben behauptete, wurde ein einträgliches Geschäft gemacht. Die Behörde schritt ein und liess den Knaben ärztlich untersuchen. Er erschien klein, schwächlich, jedoch war keine Erkrankung nachweisbar. Der Lehrer gab ihm bezüglich Fleiss und Betragen ein ungünstiges Zeugniss. Der Knabe kam in Spitalsbehandlung, erholte sich körperlich, wollte dort zwar nicht mehr die Gottes-, wohl aber andere schreckhafte Visionen gehabt haben. Der Arzt wies auf zahlreiche Fälle von Geisteskrankheit in der Familie des Knaben hin, constatirte, dass er in der Zeit des Auftretens der angeblichen Hallucinationen ganz entgegen seinem sonstigen Wesen sehr still gewesen sei, viel gebetet und geweint habe und glaubte annehmen zu müssen, dass der Knabe wirklich hallucinirt habe. J. kam nun in die Irrenanstalt Siegburg zur endlichen Feststellung seines Geisteszustands. Er erschien körperlich dem Alter nicht entsprechend entwickelt, von grossem Schädel, niedriger, schmaler Stirn. Irgend welche Spuren geistiger Störung waren in der Irrenanstalt nicht nachzuweisen. Die schwierige Frage, ob J. vor der Aufnahme wirklich Hallucinant war, beantwortet das sorgfältige Gutachten mit „nein". Wenn auch eine melancholische Verstimmung um die Zeit des Auftretens jener und die starke erbliche Belastung des J. nicht zu läugnen sind, so fehlte den Hallucinationen doch das Kriterium der Unmittelbarkeit, der Absichtslosigkeit und der Reproductionstreue.

J. erzählte seine angeblichen Hallucinationen nie in gleicher Weise, somit nicht wahrheitsgetreu, obwohl sein Erinnerungsvermögen nicht alterirt war, und verwickelte sich immer mehr in Widersprüche. Die Absicht einer Täuschung und die materielle Ausbeutung der angeblichen Hallucinationen, das einem Hallucinanten nicht entsprechende Benehmen des Knaben u. A. mehr rechtfertigen den obigen Schluss. J. versuchte nach der Entlassung nochmals Hallucinationen glaubhaft zu machen und erschien dabei offenbar im Einverständniss mit 2 Erwachsenen, die aus dem ganzen Schwindel Gewinn zu ziehen versucht hatten und auch wegen Betrug bestraft wurden.

Friedberg, Gutachten über einen 19jährigen Brandstifter. — Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Medicin. N. F. XXXIV. 1. Heft.

Z., Schuhmachergeselle, 19 J., hat am 18. Febr. 1878 ein Wohngebäude niedergebrannt. Er ist seiner That geständig, motivirt sie mit „reiner Lust

am Bösen". Der Gedanke dazu kam ihm plötzlich, fand keine Gegenmotive. Die That wurde mit Ueberlegung ausgeführt. Im ersten Verhör hatte er sie als eine fahrlässige hinzustellen versucht. Bei dem Mangel eines eigentlichen Motivs wurde dem Antrag des Vertheidigers auf Untersuchung des Geisteszustands Folge gegeben.

Z., klein, schwächlich, blass, blutarm, scheint an Rhachitis gelitten zu haben. Er lernte ziemlich gut, bot nichts besonderes. Mit 17 J. erlitt er eine Kopferschütterung. Seitdem heftige Kopfschmerzen, angebliche grosse Schwäche des Gedächtnisses und oft „ganz irre im Kopf".

Vom 24. Aug. bis 9. Sept. 1878 im Gefangenhause will Z. fast jede Nacht auf eine halbe Stunde die Besinnung verloren, getobt haben, dabei aus dem Bette gefallen sein und am andern Morgen von Allem nichts gewusst haben. Diese Angabe erweist sich als eine lügenhafte. Am Abend der Brandstiftung will Z. etwas angetrunken gewesen sein. Der Details seiner That erinnert er sich vollkommen. Er bleibt in der Folge dabei, dass er aus „blosser Dummheit" angezündet habe. Er zeigt Reue, fürchtet Strafe. Der Arzt findet einen ziemlich beschränkten Menschen, aber keine Zeichen von Geistesstörung. Auch für die Zeit der That lassen sich keine psychopathischen Umstände vermitteln. Die Mühe, zu ermitteln, wieviel Z. am Abend der That getrunken habe, ob und inwieweit er angetrunken gewesen, scheint man sich nicht genommen zu haben. Eine genauere Lebensgeschichte fehlt, die Frage erblicher Beziehungen ist unberührt.

Das Gutachten verneint die Frage einer geistigen Störung, weist aber darauf hin, dass bei dem 19j. Z. der Charakter noch nicht recht gefestigt war. Verurtheilung zu 2 J. Zuchthaus unter Annahme mildernder Umstände.

Lentz, Sittlichkeitsvergehen. Gutachten. — Bulletin de la société de méd. légale de Belgique. No. 21.

Seit 3 Jahren hatte der allgemein geachtete verheirathete Landwirth D., 35 J. alt, immer häufigere und heftigere Zustände von geschlechtlicher Erregung geboten, die seit 1 Jahr sich zu wahren Paroxysmen von Satyriasis gesteigert hatten. Eine erbliche oder sonstwie organische Ursache war nicht aufzufinden. D. musste in Zeiten grösserer geschlechtlicher Erregung den Beischlaf 10—15 mal in 24 Stunden ausführen, ohne davon Befriedigung oder Erschöpfung zu fühlen. Allmälig gesellte sich zu diesem krankhaften Zustand eine allgemeine Ueberreiztheit des Nervensystems (éréthisme général), eine Aenderung des Charakters im Sinn grosser Reizbarkeit; D. begann in Alkohol zu excediren, gerieth ab und zu in pathologische Zornaffecte und bot Symptome von Alkoholismus chron. Auch seine Anfälle von Satyriasis erreichten ungewöhnliche Höhe, in welchen das Bewusstsein sogar sich verdunkelte und der Kranke in blindem, unbezwinglichem Drang zu geschlechtlichen Akten sich hinreissen liess. Er verlangte dann von seiner Frau sie solle sich andern Männern oder auch Thieren in seiner Gegenwart hingeben, den

Beischlaf mit ihm in Gegenwart seiner Töchter zu vollziehen, weil ihm dies einen erhöhten Genuss verschaffte. Die Erinnerung fehlte für die Ereignisse auf der Höhe dieser Anfälle, in welchen die extreme Gereiztheit selbst in Wuthzornanfällen ausbrach. D. machte selbst die bezeichnende Bemerkung, dass es Momente gab, wo er seiner Sinne nicht mehr mächtig war und ohne Befriedigung durch die Frau an dem nächsten besten weiblichen Individuum sich hätte vergreifen müssen. Nach einer heftigen Gemüthsbewegung schwand plötzlich der geschlechtliche Aufregungszustand. Das Gutachten erkennt bei D. einen Zustand von Satyriasis an, in dessen Verlauf die moralische Widerstandskraft bis zu einem Grad schwand, dass der in seinen Anfällen seiner Handlungen nicht mehr bewusste Kranke dem krankhaft erregten Naturtrieb widerstandslos hingegeben und für seine Akte nicht verantwortlich war.

Motet, Anklage wegen Sittlichkeitsvergehen. Verurtheilung. Nachweis von Somnambulismus. Freisprechung. — Annal. d'hygiène publique. März.

Am 18. Oct. 1880 war D. von Sicherheitsagenten verhaftet worden, da er angeblich einem derselben bei einem öffentlichen Anstandsort unsittliche Anträge gemacht hatte. Er wurde binnen 3 Tagen in Untersuchungsarrest gehalten, zu 3 Monaten verurtheilt, kam nach dieser Zeit aus einem Zustand geistiger Umdämmerung zu sich und wusste nichts von Verhaftung, Verhör, Verurtheilung.

Am Tage der Verhaftung hatte sich D. von Hause entfernt, um wegen heftigen Blutspeiens einen Arzt zu consultiren. Seine früheren Aerzte Dr. *Mesnet* und *Motet*, die im Hospital an D. Anfälle von spontanem Somnambulismus beobachtet und solche künstlich bei ihm hervorgerufen hatten, erfuhren von der Sache, vermutheten, dass die incriminirte Handlung in einem psychischen Ausnahmezustand begangen worden war, machten Anzeige bei Gericht und wurden mit einer Expertise betraut.

D., 28 J., ein hereditär neuropathischer Mensch, von weibischem Habitus, in der Jugend Masturbant, später im Coitus excedirend, bekam am 15. Aug. 1877 einen epileptischen Anfall, der sich bis 1879 mehrmals wiederholte. Im April 1879 kam er in's Spital, wo er in unregelmässigen Zwischenräumen Anfälle von Somnambulismus bot. Er gehorchte dann ohne Bewusstsein und ohne Erinnerung dem Willen Anderer wie ein Automat. Er bot dabei Erscheinungen von Extase, Katalepsie und war complet anästhetisch. In seinen Anfällen konnte er im Sinn einer Idee, die ihn im natürlichen Zustand beschäftigt hatte, complicirte Handlungen ausführen, z. B. aus dem Spital entweichen. Mit Leichtigkeit konnte man ihn auch künstlich in solche Zustände versetzen. D. war blutarm in Folge von Blutspeien und Blutverlusten aus einer gestielten Blutgeschwulst. Im October 1880, nach neuen Blutverlusten, waren die Anfälle wieder häufiger aufge-

treten. Am 18. Oct. schwerer hämoptoischer Insult. D. erinnert sich nur noch, dass er im Anstandsort vom Blut sich zu reinigen bemüht war. In der neuen Gerichtsverhandlung gelang es den Aerzten, durch Fixiren des D. ihn in seinen psychischen Ausnahmszustand zu versetzen. Er appercipirt in diesem nur die Aerzte, wiederholt auf ihren Befehl, das was er im Anstandsorte gethan hat (Reinigung des Gesichts). Nun wird er von den Aerzten durch Anblasen der Augen erweckt. Er kommt erstaunt zu sich, appercipirt nun die Gerichtsbeamten, weiss von allem Vorgefallenen nichts. Dr. *Mesnet* versetzte ihn wieder in den Ausnahmszustand. Er appercipirte nun und folgte nur den Befehlen des Experimentators *Mesnet*, der ihn schreiben liess, seine complete Anästhesie constatirte und ihn dann wieder erweckte. Der Gerichtshof war nun überzeugt und fällte ein freisprechendes Erkenntniss.

Im Anschluss an diesen Fall berichtet *Lolliot* in der société medico-psychologique (Annal. méd. psychol. 1881, Mai, p. 479) einen nicht minder interessanten.

Eine junge Dame, hysterisch, 24 J. alt, geräth bald bei Tag, bald bei Nacht in somnambule Zustände, die gewöhnlich ein Erzittern des ganzen Körpers einleitet und abschliesst. In ihrem Schlafzustand verrichtet sie Handlungen des gewöhnlichen Lebens, begeht aber nicht selten auch ganz absonderliche. Man kann in ihrem Zustand über die verschiedensten Dinge mit ihr conversiren. Für die Ereignisse des Anfalls hat sie nicht die geringste Erinnerung, jedoch hat sie dieselbe jeweils zur Zeit der Anfälle, nur besitzt sie kein Zeitmaass für dieselben in ihrer Erinnerung. Eines Nachts, als sie im Anfall war, hörte sie an der Hausthür schellen. Sie appercipirte, da sie in der Idee eine Person erwartete, ging in tiefstem Negligé hinab, schloss die Hausthür auf, fand eine englische Familie, die sich in der Hausnummer geirrt hatte, vor, lief bestürzt in's Zimmer zurück, das Hausthor offen lassend. Erst in einem folgenden Anfall erinnerte sie sich dieses nächtlichen Ereignisses. *Lolliot* legt gerichtlich medicinisch grossen Werth auf diese Thatsache des alternirenden Gedächtnisses und die Möglichkeit, in folgenden Anfällen die Kranken über die Ereignisse früherer zur Rede zu stellen, zumal da hier der Kranke Schweigen und Reden nicht in seiner Gewalt habe. Wenn solche Kranke im neuen Anfall nichts von früheren Anfallshandlungen wüssten, wie z. B. im Fall *Motet's*, so bestehe eine begründete Vermuthung dafür, dass sie sie gar nicht begangen hätten. So wenig wie für den Zustand des Träumenden gebe es eine Zurechnungsfähigkeit für den des Somnambulisten, als eines handelnden Träumenden. *Mesnet* hebt ferner als diagnostisch wichtig die periodische und typisch gleiche Wiederkehr solcher Anfälle und die complete Unkenntniss alles Vorgefallenen, wenn der Kranke wieder zu sich kommt. In diesen Anfällen können Antriebe zu Handlungen (Mord, Diebstahl etc.) vorkommen, die dem normalen Leben des Individuums ganz fremd sind.

---

4. Allgemeine Pathologie und Therapie.

Referent: Schüle.

Allgemeine Pathologie.

Bucquoy et *Hanot*, Quelques remarques cliniques sur le délire de la fièvre typhoide, particulièrement le délire de la convalescence. — Arch. gén. 1881.

In der klinischen Charakteristik wird vorzugsweise die ausserordentliche Vielseitigkeit und Veränderlichkeit des typhösen Deliriums hervorgehoben, und darunter als eine bis jetzt nicht beachtete Form: ein systematisirtes Delirium (délire ambitieux, délire de grandeur). Letzteres hat nach *Raynaud* bestimmte Unterscheidungscharaktere gegenüber dem Delirium der allgemeinen Paralyse. — Das Convalescenzdelirium ist nach der Häufigkeit seines Auftretens — ebenso wie die anderen Typhus-Symptome — sehr vom jeweiligen genius epidemicus abhängig.

Brosius, Aus meiner psychiatrischen Wirksamkeit. Eine zweite Adresse an die praktischen Aerzte. — Irrenfreund 1, 2, 3, 4, 5.

Eine eingehende, klare, und vor Allem dem Bedürfniss des Hausarztes gerecht werdende Besprechung einer Reihe praktisch wichtiger Fach-Fragen und psychopathischer Zustände. Der gebotene Inhalt ist zu reichhaltig, um in's Einzelne referirt zu werden. Es kommen nach einander — auf Grundlage der vom Verf. in seinen Asylen gemachten Erfahrungen — der ätiologische Einfluss der Ehe zur Sprache, und im Anschluss daran eine eigenthümliche Form von primärer Verrücktheit bei Ehefrauen, welche *Br.* früher schon als „Irresein der Ehefrauen" bezeichnet hatte, jetzt aber in einer eingehenden klinischen Schilderung wiedergiebt, und casuistisch belegt; sodann der Einfluss der Ehe auf Epileptiker, mit ihrem abschreckenden Einfluss auf die Descendenz; sodann werden die Grundzüge der von *Br.* erprobten Behandlung des Irreseins dargelegt; im Weiteren werden die socialen Nachtheile der Geisteskranken zu Hause und die mannigfachen Lücken der Gesetzgebung rücksichtlich der Fürsorge in dieser Hinsicht berührt; dann kommen praktische Winke für den Hausarzt bezüglich seines Verhaltens und namentlich seiner Verantwortlichkeit bei beginnender Paralyse seines Clienten; endlich ein sehr eingehender historischer und literarischer Excurs über die sog. Zwangsvorstellungen mit sorgfältiger klinischer Analyse der verschiedenen Formen, und neuer Casuistik aus diesem Ge-

biete. Dieser letztere Theil der Arbeit ist nicht allein an practische Aerzte gerichtet, sondern verdient auch besonderes Interesse der Fach-Collegen. — Ref. ist nicht mit allen Punkten der Ausführung einverstanden, namentlich erscheint ihm die Definition der „Gemüthszustände“, die „nichts anderes sein sollen als Vorstellungs- und Erinnerungsdefecte, Hemmungen des freien Gedankenlaufs“ vom klinischen Standpunkte als einseitig und unzulänglich. — Bedenklicher aber als diese theoretische Einseitigkeit erscheint dem Ref. die therapeutische Stellungsnahme des Verf., welche grundsätzlich allen Arzneimitteln, und speziell den Narcoticis — mit vielleicht alleiniger Ausnahme des Bromkali (und hier wie mit Unrecht!) — den Krieg ankündigt und nur durch Hygieine heilen will; bedenklich deshalb, weil ein solcher Ausspruch, mit der Autorität des Verf. gethan, in der Hand von Nicht-Fachärzten oder Anfängern leicht zu Unterlassungen führen kann, welche unter Umständen der Heilung der Kranken Abbruch thun. Dass die „pharmaceutischen Mittel“ diese Geringschätzung nicht verdienen, und dass, was *Br.* so sehr bezweifelt, die Heilungslisten der Anstalten dadurch sehr wesentlich verbessert werden, ist nicht nur für den Ref. sondern gewiss für die Mehrzahl der Collegen eine durch positive Erfahrungen gesicherte Thatsache. Unbeirrt werden wir deshalb in dieser Frage bei der Fahne des alten *Sydenham* stehen bleiben, welcher bekanntlich ohne Opium kein Arzt sein wollte — ein Satz, welcher nirgends sich segensreicher bewahrheitet hat, als gerade in der Cur psychischer Gehirnleiden.

A. Pick, Beitrag zur Lehre von den Hallucinationen. — Jhrb. f. Psych. II., Heft 1.

Verf. erzählt den interessanten Fall eines an primärer Verrücktheit leidenden Schwachsinnigen (mit leicht hydrocephalischem Kopfbau), bei welchem die Gesichts-Hallucinationen das eigenthümliche Verhalten darboten, dass sie immer blos mit dem rechten Auge gesehen wurden. Verf. schliesst dies daraus, dass die rasch wechselnden Gestalten und Figuren „partielle“ waren (Theile von Objecten), und dass gleichzeitig ein breiter Sehfelddefect (stationär und central bedingt, bei negativem ophthalmoskopischem Befunde) nachweisbar war. Die Hallucinationen zeigten Bilder von natürlicher Grösse, welche der Kranke von früher kannte, und kamen immer Abends vor dem Einschlafen bei geschlossenen Augen, und Nachmittags, wenn Pat. ein Schläfchen machen wollte; zuweilen auch Morgens nach dem Erwachen. Bei Oeffnen der Augen verschwanden die Bilder. — Die physiologischen Reflexionen über den muthmaasslichen Entstehungssitz der centralen Opticus-Reizung, welche Verf. in scharfsinniger Deduction in den hinteren Abschnitt der inneren Kapsel (wie bei der Hemianästhesie) verlegt, und die weiteren Bemerkungen über die Uebereinstimmung des beigebrachten klinischen Erfundes mit den *Munk*'schen Untersuchungsergebnissen sind im Original nachzusehen.

Savage, Cases of contagiousness of delusions. — J. of ment. sc. Jan.

Needham, Contagiousness of delusions. — ibid. Apr.

In dem Falle von *Savage* nahm der den gestörten Vater besuchende Sohn den gesammten Grössenwahn des ersteren in sich auf. Im Falle von *Needham* zeigten 2 Brüder dieselben Verfolgungsideen; der jüngere Bruder nach dem Tode des Aelteren, welcher durch Suicid. erfolgt war.

De l'évolution du délire des persécutions (Suite). — Ann. méd. psych. Janv. u. Mars.

Minutiöse Analyse des klinischen Charakters des Verfolgungsdelirs, namentlich nach der Richtung, ob blos Gehörshallucinationen für dessen reine Form charakteristisch sind, oder auch Gesichtshallucinationen zugehören resp. zugehören können. Ein Theil der Redner tritt pure für die erstere Auffassung ein, und erklärt die Fälle, in welchen auch Gesichtstäuschungen vorkommen, für combinirte Delirien (namentlich durch Alkoholismus).

Regis, Des halluc. unilatérales. — L'Encéphale (Ball et Luys) No. I.

Verf. sucht die Thatsache von einseitigen Gesichts- und Gehörshallucinationen (Halluc. dédoublées, Michéa) an Beispielen aus der Literatur und an eigenen Beobachtungen zu erweisen. Sämmtliche Beispiele zeigten einseitige Anomalien in den betreffenden Sinnesorganen; in einem Falle (einseitige Gehörshallucination) konnte Verf. sogar eine glänzende therapeutische Gegenprobe machen, indem es ihm durch wiederholte Anwendung des Paquelin auf den Proc. mastoid. gelang, die Otitis media und damit auch die Sinnestäuschungen zu beseitigen. Waren die angeführten Fälle aber auch wirkliche Hallucinationen S. str.? (Ref.)

Luys, M., Leçons sur les hallucinations et les illusions. — Gaz. des hôp. 1880. No. 140, 142, 145, 149. 1881. No. 5, 19, 25, 35.

Verf. beginnt mit der Auseinandersetzung, dass die Hallucinanten und die mit Illusionen Behafteten ebenso vollständig begrenzte und abgeschlossene Krankheitstypen seien wie die Epileptiker, Paralytiker, Hysterischen und Melancholischen.

Alle hallucinatorischen Processe, welcher Art sie auch sein mögen, haben einen gleichmässigen Entwicklungsgang und verfolgen dasselbe Endziel, die Verdüsterung und Herabsetzung der intellectuellen Fähigkeiten, [illegible]n Blödsinn.

Die Hallucinationen sind eingebildete Wahrnehmungen, entstanden in einem kranken Gehirn und ohne reelle Grundlage weder in der Aussenwelt noch im Individuum selbst. —

Es giebt 2 Arten von Hallucinationen:

Die einen entstehen durch sensorielle Störung, welche übertragen wird auf Gehör, Gesicht, Geschmack, Geruch — hallucinations sensorielles ou externes. —

Die anderen entstehen durch eine plötzliche Störung in den Thätigkeiten der visceralen Sensibilität, die übertragen wird auf subjective Empfindungen, ausstrahlend von irgend einem Organ; es sind dies die Empfindungen und Symptome der Hypochondrie — hallucinations internes ou viscérales. —

In allen Fällen beider Arten von Hallucinationen ist aber keine reelle Grundlage vorhanden. —

Anders verhält es sich mit den Illusionen. Hier haben die psychopathischen Störungen eine reelle Ursache in der Aussenwelt; immer wird eine objective Anreizung die Täuschung hervorrufen. Wenn der objective Reiz aber zum Bewusstsein kommt, so wird er falsch ausgelegt und empfunden. — Hallucination und Illusion können nebeneinander bei demselben Individuum auftreten. — Nach diesen allgemeinen Vorbemerkungen geht der Verf. zur pathologischen Anatomie über. Durch genaue Untersuchung der Gehirne der Hallucinirten will *L.* pathologisch-anatomische Läsionen gefunden haben, die einerseits ihren Sitz in einem bestimmten Bezirk der Rinde haben, anderntheils sich auf die Opticus-Kerne erstrecken. — Die Läsionen der Rinde sind nun wieder zweierlei Art: Localisirte Hypertrophie und Atrophie. Bei den hypertrophischen Veränderungen der Hirnrinde wird nach der Ansicht des Verf. lediglich das Paracentral-Läppchen betroffen, entweder nur der einen oder auch beider Hemisphären. Es zeigt sich hier eine abnorme Hervorwölbung desselben, die Rinde ist hier höckerig geworden. Auf dem Schnitt zeigt sich eine grössere Mächtigkeit der Gehirnsubstanz, eine bedeutendere Entwicklung der Windungen. Bei einer Anzahl von Hallucinirten traf *L.* nun die Affection nur einseitig, bei älteren Fällen aber doppelseitig; er ist deshalb der Ansicht, dass im Beginn der Erkrankung nur die eine Seite ergriffen sei und nach längerem Bestehen auch das andere Paracentral-Läppchen befallen werde.

Die atrophischen Veränderungen in den Gehirnen der Hallucinanten sind entweder diffus, oder mehr oder weniger genau localisirt. In der Hauptsache sind die Stirnwindungen am stärksten betheiligt. Bei den alten Fällen findet man die Gehirnoberfläche graulich verfärbt und gummiartig, ausserdem serös durchtränkt. Die tieferen Schichten sind röthlich gefärbt und zeigen stark injicirte Gefässe. Die Ganglienzellen sind vermindert, und die noch vorhandenen haben deutlich die Zeichen einer mehr oder weniger vorgeschrittenen Atrophie.

Jeder hallucinatorische Process nun sei im Anfang psycho-sensoriell,

später in Folge der Atrophie wird er nur psychisch, indem die sensoriellen Einwirkungen schwinden.

Bei den chronischen Hallucinanten, bei denen vorübergehende Aufregungszustände und Blödsinn vorhanden ist, findet man in der Substanz der Opticus-Lager verschiedene Degenerationen. Theils kleine hämorrhagische Punkte, in den verschiedensten Stadien der Rückbildung, theils disseminirte kleine Höhlen, die den Ausgangspunkt von Erweichung bilden, und atheromatöse Gefässe.

Eine zweite Form der chronischen Veränderung, die man zuweilen in den Opticus-Kernen finde, sei die Sklerose; — sklerotische Gefässe und Sklerosirung der Gehirnsubstanz, ausgehend von einer Verdickung des Ependyms. Mit dieser interstitiellen Sklerose ist partielle Hyperämie und Bildung von Amyloid-Körperchen verbunden. Die Ganglienzellen sind mehr oder weniger geschwunden, die noch existirenden sind geschrumpft und in den verschiedensten Stadien der Atrophie.

In den acuten hallucinatorischen Processen, wo ständige Erregung vorhanden ist, trifft man eine bedeutende Vascularisation in den Centraltheilen der Opticus-Kerne und hauptsächlich in der grauen Substanz des 3. Ventrikels. Zuweilen findet man dabei die Ganglienzellen vergrössert, woraus sich die grössere Lebhaftigkeit erklären lassen soll. — Bei den Hypochondern, sowohl bei denen mit Illusionen als mit visceralen Hallucinationen, hat der Verf. in einer Anzahl Fällen constatirt, dass die centrale graue Substanz der Sitz einer starken Hyperämie sei; in diesen Fällen seien die Wandungen des 3. Ventrikels mehr oder weniger rosig gefärbt.

Aus seinen pathologisch-anatomischen Befunden zieht *L.* einige Schlussfolgerungen.

Der hallucinatorische Reiz habe immer einen bestimmten sensoriellen Charakter, der ihm gegeben werde von derjenigen Ganglienzelle, wo er entstanden ist. — Er ist stets zurückzuführen auf irgend eine Störung, sei es von Seiten des Gehörs, Gesichts oder Geschmacks. — Der hallucinatorische Reiz im Anfang sensoriell, geht auf die psychische Sphäre nach und nach über, und verliert so seinen originellen Charakter.

L. macht dann noch aufmerksam auf die Ungleichheit der Gewichtsverhältnisse im Gehirn des Hallucinanten, indem durch die isolirte Hypertrophie die eine oder andere Hemisphäre bedeutend prävalire. Daraus geht die functionelle Ungleichheit der beiden Gehirnhälften hervor, und die Möglichkeit der Coëxistenz von Hallucinationen mit richtiger Urtheilskraft, und die einseitigen Hallucinationen. —

Der Verf. geht nun über zu der Aetiologie der Hallucinationen. Als Bedingungen für die Entstehung des hallucinatorischen Processes giebt er an, das Fortbestehen gewisser Erregungen oder gewisser Sinneseindrücke. Ferner kommen Hallucinationen in bestimmten acuten Krankheiten, bei Circulationsstörungen im Gehirn, im Verlauf von Herzkrankheiten leicht

zur Entwicklung; dann auch durch Einwirkung von giftigen resp. narkotischen Substanzen, Alkohol, Opium, Belladona, Haschisch. — Der Einfluss des Geschlechtes bezüglich der Häufigkeit der Hallucinationen ist nicht von Belang, ebenso verhält es sich mit dem Alter.

Die Häufigkeit der Hallucinationen bei Geisteskranken stellt sich folgendermaassen: nach *Esquirol* unter 100 Geisteskranken 80 Mal; nach *Michéa* 106 auf 206; nach *Marcé* 102—105 auf 206; nach *L.* 128 auf 402. —

Die Hallucinationen theilen sich bezüglich ihres Verlaufes in 2 streng geschiedene Phasen: 1) Eine sensorielle Phase. 2) Eine secundäre oder psychische Phase. — Der Verf. giebt nun eine Schilderung der einzelnen Phasen; ferner eine Beschreibung der visceralen der hypochondrischen Hallucinationen, ihr Entstehen, ihren Verlauf und ihre Einwirkung auf die intellectuelle Sphäre. —

Die chronischen Hallucinanten theilt *L.* in die Schwatzhaften und die Schweigsamen.

Darauf giebt er eine eingehende Schilderung des Verlaufes, der Dauer und des Endes des hallucinatorischen Processes. Plötzlicher Ausbruch, Erregung mehrere Wochen oder 2—3 Monate dauernd, dann vielleicht mehr Ruhe, eventuell sogar wieder die Möglichkeit in der Familie zu leben. Im Allgemeinen tritt aber nicht wieder der normale Zustand ein, immer bleiben Absonderlichkeiten im Charakter oder im Aeusseren zurück. Nach und nach tritt vollständig indifferentes Wesen ein, die grösste Passivität gegen Alles, was um sie herum vorgeht. Die Dauer des Processes richtet sich nach der Lebensdauer des Kranken. Das Endstadium ist Abschwächung der Intelligenz, Blödsinn. Bei vielen Kranken stellen sich starke Kopfcongestionen ein. — Bei Gesichtshallucinanten hat Verf. die hochgradigste Myopie, Diplopie, Amblyopie und Amaurose beobachtet. Bei Gehörshallucinanten, die verschiedensten Ohrenkrankheiten, Sausen und Brausen im Ohr, vorübergehende Taubheit, vollständige Taubheit.

Die Diagnose richtet sich nach dem Wesen der Kranken; der Schwatzhafte ist expansiv, er drückt sich mit grosser Energie aus, erzählt seine Leiden und Qualen. Der Schweigsame bietet der Diagnose mehr Schwierigkeiten: misstrauisch hält er zurück; unbeobachtet wird er aber deutliche Zeichen der vorhandenen Sinnestäuschungen geben. Der Schlaf der Kranken st durchschnittlich schlecht. Die Schweigsamkeit soll ein Zeichen vorgeschrittener Krankheit sein.

Die Prognose theilt L. in 2 Theile, nämlich 1) rücksichtlich der Kranken selbst; 2) rücksichtlich der Gesellschaft.

Von 130 beobachteten Fällen, bei einer mittleren Beobachtungsdauer von 3 Jahren, kehrten 20 in ihre Familien zurück, 110 verfielen in Blödsinn. Die Kranken mit vagen Gehörshallucinationen können sich lange Jahre ziemlich halten, bis sie auch blödsinnig werden. Die sensoriellen Hallucinationen, combinirt mit denen visceralen Ursprungs, sollen am schnell-

sten zum Blödsinn führen. Ebenso tritt schnelle geistige Abstumpfung ein, wenn eine feste Wahnidee vorhanden ist.

Rücksichtlich der Gesellschaft bemerkt der Verf., dass die Hallucinanten eine Classe von Kranken bilden, welche die grösste Gefahr mit sich bringen, weil sie unter fremdem und übernatürlichem Einfluss stehen. Die gefährlichste Periode sei die psycho-sensorielle, in der zweiten Periode trete schon der Blödsinn mehr hervor, die Kranken würden passiv.

Schuchardt.

Edward C. Spitzka, Insane delusions: their mechanism and their diagnostic bearing. — J. of nerv. and ment. dis. Jan.

Verf. unterscheidet zwischen systematisirten und unsystematisirten Wahnvorstellungen. Die erstern gehören der primären Verrücktheit an, und sind entweder expansiven oder depressiven (oder auch gemischten) Inhalts, oder religiöser (socialer), oder erotischer Natur. Denselben liegen primär abnorme Organisationsanlagen des Gehirns (namentlich der Windungen und Markmassen des Operculums) zu Grunde. Die unsystematisirten beziehen sich ebenfalls auf einen depressiven (Verfolgung), oder expansiven (Reichthum, fürstl. Abstammung) Inhalt; die Typen der ersten Gruppe liefert die Paralyse, die acute Manie, das Senium und der Alkoholismus; die der zweiten die acute Melancholie und das epileptische Irresein. Ebenso finden sich unsystematisirte Wahnvorstellungen in chronischer secundärer Manie als Ueberrest aus dem Primärstadium. — Es muss in dieser Studie auffallen, dass Verf. die „allegorische" Wahnentstehung in ihrer klinischen Bedeutung so wenig berücksichtigt, und dadurch einem der interessantesten und zugleich beglaubigsten psycho-physiologischen Zusammenhänge, welcher auch therapeutisch so hochwichtig ist, ein — in dieser Allgemeinheit — ganz unberechtigtes Misstrauen entgegenbringt. Ueber diese Lücke in der Auffassung helfen Machtsprüche, welche die Genese der systematisirten Wahnsinnsdelirien schlechthin in die „brain structure" hineingeheimnissen, nicht hinweg, so richtig für gewisse Fälle dieser Zusammenhang gewiss auch feststehen mag.

Allen W. Hagenbach, Surgery among the insane. — J. of nerv. and ment. dis. Jan.

Verf. erzählt eine gedrängte Casuistik von Verletzungen bei Geisteskranken, theils durch suicide, theils durch homicide Impulse, auch von Verletzungen durch Fremdkörper bei Irren, und die im Einzelfalle nothwendig gewesene wundärztliche Thätigkeit. Im Ferneren wird die Niederkunft einer Geisteskranken mit Hindernissen aufgeführt; zum Schluss folgt ein interessanter Fall von Dammabscess mit Gangrän des Scrotum und

Uebergang in Heilung. — Es wäre interessant und lehrreich, wenn auch von anderen Anstalten einschlägige Beispiele gesammelt würden (Ref).

Magnan, De la coëxistence de plusieurs délires de nature différente chez le même aliéné. — Arch. de Neurol. (Charcot) 1880.

Die zusammentreffende Wirkung der Erblichkeit — Wahnsinn bei einem der Ascendenten, eine Krampfneurose bei anderen — giebt sich nicht allein durch intellectuelle Degenerescens (geistige Schwäche bis zum Idiotismus) bei der Nachkommenschaft kund, oder durch die hybriden Formen der Folie morale, sondern die vorhandene Psychose des Vaters kann sich zu den Wirkungen der bei der Mutter bestehenden Epilepsie (und umgekehrt) gesellen, so dass der Nachkomme ein pathologisches Doppelwesen darstellt: zugleich epileptisch und hereditär geisteskrank ist. Die Epilepsie kann sich dabei theils durch ganze Anfälle, theils durch Vertigo, theils durch das specifische Delirium kundgeben; die erbliche Psychose durch Melancholie oder Manie; aber beide Vererbungszustände behalten in der Entwickelung ihr gesondertes Dasein, ihre getrennten Charaktere, so dass man jedem — der Epilepsie und dem Delirium der ererbten Psychose — ihren Antheil zuweisen kann. So kann die Epilepsie sich bessern oder verschwinden und das manische oder melancholische Delirium bleibt, und umgekehrt: letzteres bessert sich, und die Epilepsie bleibt in vollständiger Reinheit persistent. Beide Zustände sind von einander unabhängig, wenn sie auch immerhin gegenseitig auf sich einwirken können. Ja, es kann sich als Drittes noch ein alkoholistisches Delirium dazugesellen, so dass dann ein klinisches Ensemble von drei pathologischen Krankheitsformen sich herausgestaltet: epileptisches, einfaches und alkoholistisches Irresein resp. Delirium. Alle drei bleiben wiederum getrennt und von einander unabhängig und können im Verlauf bald gesondert, bald vereint auftreten. — Diese allgemein pathologischen Sätze werden an einigen klinischen Krankheitsklassen und angefügten kurzen casuistischen Beispielen des Näheren erläutert. Durch Verschlingung der nosologisch und ätiologisch verschiedenen Symptomenformen, durch theilweises Zurücktreten der einen und Ueberwiegen der anderen entstehen die verschiedenartigsten klinischen Combinationen, wie sie die hybriden Formen der *Morel*'schen Classe der „Degenerescenzen“ ausmachen.

J. Fritsch, Ueber die verschiedenen Formen von Aphasie mit Beziehung zu den Geistesstörungen. — Jhrb. f. Psych. II. (Habilitationsvortrag).

Gedrängte Darstellung der drei Hauptgruppen des aphasischen Symptomencomplexes mit kurzem Exposé über dessen Auftreten in physischen Cerebralleiden; eine etwas eingehendere Erörterung erfährt die von *Meynert*

sogenannte „pseudophasische Verwirrtheit“, als die einzige Form von Geistesstörung, welche in innigem Zusammenhange mit dem Symptomenbilde der Aphasie gebracht werden kann. Für eine Anzahl der hierhin gehörigen Krankheitsbilder, die von motorischen Störungen begleitet sind und mit Herzfehlern zusammen vorkommen, ist Verf. geneigt, neben der allgemeinen Herabsetzung der Hemisphärenleistung auf ein gleichzeitiges locales Ergriffensein der der Sprachfunction vorstehenden Rindengebiete zu schliessen. Für andere Fälle nimmt er tiefere Ernährungsstörungen dieser Gebiete an, „die wohl zunächst mit Anomalien der Blutvertheilung sich decken“.

H. C. de Boyer, De la Thermométrie céphalique. — Arch. de Névrol. Revue trimestr. des mal. nerv. et ment. publ. sous la direct. de *J. M. Charcot.* 1880. No. I.

Verf. giebt einen historisch kritischen Ueberblick über die in diesem Gebiete seit *Broca*'s Arbeit (1877) gemachten Leistungen. Das sorgfältig zusammengetragene Detail eignet sich nicht zum Auszuge. Es werden der Reihe nach die physiologischen und die pathologischen Ergebnisse der Kopfthermometrie aufgeführt; unter letzteren getrennt diejenigen bei einfach Hirnkranken (Hemiplegie, Tumoren) und diejenigen bei psychisch Gestörten. Interessant ist dabei in physiologischer Hinsicht die von *Broca* gefundene Thatsache, dass die linke Kopfhälfte wärmer ist als die rechte (33,9° rechts; 34° links). Für den Kopf im Ganzen beträgt die Temperatur im Mittel 33,82 (Maximum 34,85, Minimum 32,80). Bei Hirnkranken äussern sich diese Verhältnisse bedeutend, und zwar sind hier von *Broca, Gray, Maragliano* und *Sepilli* höchst wichtige Differenzen gefunden worden, je nachdem sich unter der äusserlich gemessenen Stelle zerstörte Hirnpartien oder aber in Fluxion oder Entzündung begriffene (autoptisch constatirt) befunden haben. Interessant sind hierfür namentlich auch die Beobachtungen von *Mills* und *Putnam Jacobi*, letztere an einem mit Meningitis tuberculosa befallenen Kinde. — In mehreren Tabellen sind die von *Albers* zuerst erwähnten Befunde bei Geisteskranken registrirt: aus denselben geht hervor, dass die höchste Mitteltemperatur auf die maniakalische Exaltation entfällt (36,89). Abnehmend schliesst sich daran die agitirte Melancholie (36,81), die progressive Paralyse (36,63), die aufgeregte Dementia (36,45), die Imbecillität und die Idiotie (36,34), die einfache Manie (36,30), die Melancholie (36,17), und endlich die ruhige Dementia (36,3). Dabei zeigt die Hinterhauptsgegend die geringsten Nummern; gleich stellt sich die Temperatur der letzteren und der Stirngegend in der agitirten Dementia, der Imbecillität und Idiotie. Ein Ueberwiegen der Stirntemperatur über die der Scheitelgegend zeigt sich bei der Mania furiosa, der einfachen Melancholie und der einfachen Dementia; dagegen findet das Umgekehrte statt in der Paralyse und der Melancholia agitata. Unruhe steigert die Kopftemperatur in demselben Krankheitsfall gegenüber den ruhigen Perioden. In den congenitalen Psychosen

soll die Temperatur der rechten Kopfseite die der linken überwiegen. Bei demselben Individuum kommen ausserdem auch noch Tagesschwankungen bis zu 0,5° vor. — In einem weiteren Absatz werden die thermometrischen Untersuchungen *Amidon*'s besprochen zum Zwecke der Localisationsstudien bei experimentell ausgeführten Bewegungen bestimmer Muskeln oder Muskelgebiete. Die dadurch erhaltenen Resultate stimmen zum Theil (nicht ganz) mit den *Ferrier*'schen, resp. ergeben manchmal grössere Zonen. Es ist übrigens hierbei die Schwierigkeit der Untersuchung und die noch mit manchen Mängeln versehene Untersuchungsmethode nicht ausser Betracht zu lassen, worüber der Schluss des Artikels ebenso richtige als bemerkenswerthe Winke giebt. Der Thermoelectricität wird das Wort nicht geredet.

Bechterew, Ueber die klinischen Erscheinungen des Symptoms von combinirter Abweichung der Augen und des Kopfes (deviation conjugée de la tête et des yeux) bei Affectionen der Gehirnrinde. — Petersb. med. Wchschr. No. 11 u. 12.

B. beobachtete das Symptom einseitiger Abweichung der Augen und des Kopfes bei einem Fall von progressiver Paralyse, welcher eine bedeutende locale Atrophie der Stirnoberfläche zeigte, im Verlauf von Krampfanfällen. — Der Kranke war 36 Jahre alt, von Kindheit an Onanist; ein Bruder war paralytisch; im 17. Jahre Syphilis. Aufnahme am 11. März 1879, 5 Jahre vorher die ersten Zeichen von Geistesstörung. Im Juli 1878 erster apoplectiformer Anfall, danach Parese der rechten Körperhälfte und rasch zunehmende Verblödung. Im März 1879 Zustand von Erregung und excessiver Grössenwahn. Nach und nach mehr Ruhe, stärkeres Hervortreten der paretischen Erscheinungen und des Blödsinnes. Im Juli 1880 folgender Befund: Ausdrucksloses, maskenhaftes Gesicht; Zunge zittert stark, fibrilläre Zuckungen; rechte Pupille weiter. Starke Salivation. Sehnenreflexe erhöht. Gang sehr langsam und schwankend. Sensibilität abgeschwächt. Sprache unverständlich. Lässt Koth und Urin unter sich. Im September 1880 vollständige Aphasie; choreaartige Bewegungen der Hände, rechts mehr als links. — Am 27. Sept. 1880 Kopf und Augen nach rechts, rechte Pupille weiter. Krampfhafte Zuckungen der rechten Gesichtshälfte. An den übrigen Körpertheilen keine Convulsionen, nur ab und zu leichte Zuckungen in der rechten Schulter. Rechte Seite kälter als die linke. Die Krampferscheinungen dauern mehrere Tage an; stereotype einzelne Anfälle 1—2 Minuten dauernd. Am 28. Sept. Hemiplegie der rechten Körperhälfte, Kopf und Augen zuweilen nach links, linke Pupille weiter. Stertoröses Athmen, erhöhte Temperatur, congestionirtes Gesicht. — Am 29. Sept. Augen und Kopf stets nach links. Zuckungen in der rechten Gesichtshälfte und rechten oberen Extremität. Temperatur über 40°, Puls bis zu 126 in der Minute. Am 30. Sept. keine Krämpfe. Kopf gerade, ebenso Augen. Temperatur 40,7°. — Exitus lethalis Mittag 1 Uhr.

Die Section ergiebt: An der inneren Oberfläche der Dura alte Extravasate. Im Subarachnoidealraum viel seröse Flüssigkeit. Im Verlauf des grossen Längsspaltes Pia und Arachnoidea verwachsen, ebenso mit der Hirnrinde. Ausserdem noch Adhärens an den Scheitel- und Stirnlappen beider Hemisphären. Partielle Anhäufungen von serösem Fluidum, an der rechten Hemisphäre im mittleren und oberen Theil der ersten Stirnwindung, im oberen Theil der Centralwindungen und im oberen Theil des ersten Stirnsulcus. Links sind diese partiellen Anhäufungen noch bedeutender und sind hauptsächlich am oberen Theil der ersten Stirnwindung, entsprechend dem oberen Theil des Sulc. Roland. und auf dem hinteren Abschnitt der 3. Stirnwindung. An allen diesen Stellen sind die Stirnwindungen atrophirt, Sulci verbreitert. Besonders starke Atrophie zeigen die beiden ersten Stirnwindungen in ihrem oberen und mittleren Theil, die oberen Abschnitte beider vorderen Centralwindungen, besonders links, und der hintere Theil der dritten Stirnwindung links. — Rindensubstanz atrophisch. Viel Fluidum in den Ventrikeln, dieselben sind erweitert. Ependym granulirt. Anomalien der Gefässe an der Basis; Arter. communicans poster. fehlt ganz; der Circul. arter. Willis. erscheint deshalb unvollständig; links die Arter. cerebr. anter. schwächer als rechts. Leichte Sklerose. — Gehirngewicht 1162 Gr.

Der Verf. schickt nun einige Erläuterungen allgemeiner Art voraus — versucht dann die Symptome der letzten Lebenstage in Einklang zu bringen mit den gefundenen Veränderungen. — In Folge einer diffusen Meningo-Encephalitis, welche Verwachsungen der Hirnhäute mit der Rinde zurückliess, hatten sich auf der Oberfläche vollkommen abgeschlossene, mit serösem Inhalt angefüllte Räume gebildet, und diese abgeschlossene Flüssigkeit konnte durch ihren Druck eine locale Atrophie der Hirnoberfläche hervorbringen. So zog die Sache sich langsam und stufenweise hin, bis in Folge einer oder der anderen Veranlassung ein bedeutender Blutzufluss zum Gehirn statt hatte, und der Druck auf die Hirnoberfläche von Seiten der serösen Flüssigkeit dadurch plötzlich gesteigert wurde, das Resultat waren Symptome einer functionellen Erregung des Hirngewebes, die sich in Krämpfen in verschiedenen Regionen des Körpers ausdrückten.

B. führt dann die auf combinirte Abweichung der Augen und des Kopfes bezüglichen Arbeiten von *Vulpian*, *Prevost*, *Groux* und *Landouzy* an. — Das Symptom der krampfhaften Wendung des Kopfes auf eine Seite hänge hauptsächlich von der Theilnahme des 11. Nervenpaares ab, und zwar nicht in gekreuzter Weise, sondern direct findet der Einfluss des Gehirns statt. Die einseitige Augenablenkung hänge ab von der Theilnahme des 6. Paares und des 3. Paares, wodurch die combinirte Abweichung der Augenachsen nach der dem Sitze der Hirnaffection entgegengesetzten Seite und folglich nach der Seite der Krämpfe zu Stande komme. Die Beobachtung von einseitiger Ablenkung der Augen und des Kopfes beweisen, dass das 6. und 11. Nervenpaar die Hirnoberfläche erreichen. Folglich giebt die

Beobachtung dieses Symptoms im Verlauf einer corticalen Epilepsie oder einer Paralyse die Möglichkeit der Localisation des Leidens in einer oder der anderen Gegend der Hirnoberfläche. — *Landouzy* lässt die einseitige Ablenkung des Kopfes und der Augen abhängen von der Affection des Fusses des unteren Scheitellappens. Es zeigen jedoch viele Beobachtungen von *Landouzy* ein ausgebreitetes Hirnleiden. Bei 8 Fällen, wo der Ort der Affection mehr oder weniger begrenzt ist, befand sich dieselbe im mittleren oder oberen Theil der Centralwindungen oder breitete sich auf die Stirnwindungen aus, und nur in 2 Fällen nahm die Affection die benachbarten Regionen mit dem unteren Theil der Centralwindungen ein. — Nach Thierexperimenten wäre es der obere Theil der ersten Stirnwindung. Hierfür eine Beobachtung von *Schuppé*.

In 3 früher vom Verf. veröffentlichten Fällen war ebenfalls beträchtliche Betheiligung der ersten Stirnwindung vorhanden. — Der Verf. legt in klinischer Beziehung das Hauptgewicht auf strenge Unterscheidung der Symptomatologie krampfhafter und paralytischer Ablenkung der Augen und des Kopfes. — Nach *Vulpian*, *Prevost* und *Landouzy* sind bei krampfhafter Ablenkung folgende Cardinalsymptome zu beachten: Der Kranke blickt auf seine Krämpfe und wendet sich von der sie hervorrufenden Hirnaffection ab; die krampfhafte Ablenkung verschwindet gleichzeitig mit Aufhören der Krampfanfälle; bei krampfhafter Ablenkung kann der Kopf nicht in gerade Stellung gebracht werden. — Bei paralytischer Ablenkung blickt der Kranke auf seine Hirnaffection und von der Lähmung weg; die paralytische Ablenkung dauert längere Zeit, zuweilen einige Tage und hört allmälig auf, gleichzeitig mit der Besserung der übrigen Symptome; bei paralytischer Ablenkung kann der Kopf leicht wieder in seine normale Lage gebracht werden.

Als weitere genauere Unterscheidungsmerkmale glaubt Verf. noch anführen zu müssen: bei rasch aufeinanderfolgenden Anfällen ist die krampfhafte Ablenkung bald stärker, bald schwächer, je nach dem Gang der Krämpfe; ferner, dass nicht immer ruhige Lage bei der krampfhaften Ablenkung vorhanden ist, sondern der Kopf Wendebewegungen zur Seite der Ablenkung macht und Nystagmus vorhanden ist. — Bei der paralytischen Ablenkung ist die Wendung des Kopfes nie ad maximum, keinerlei Krämpfe in den Halsmuskeln, der Kopf verharrt in ruhiger Lage. — Ausserdem beobachtete Verf. bei krampfhafter Ablenkung stets Verengerung der Pupille des nach Innen gerichteten Auges und Hebung des oberen Augenlides. Er nimmt deshalb an, dass während der krampfhaften Ablenkung des Auges die Nervenerregung, die sich mit Hülfe des 6. und 3. Paares überträgt, und gleichzeitige Contraction der Mm. recti extern. und intern. auch auf andere Zweige des Nerv. oculomotorius sich ausdehnt und zwar auf den Zweig, der zum Ganglion ciliare geht und so die Pupille verengert, und ebenso auf den Zweig, der zum Levator palpebr. super. geht. *Schuchardt.*

Allgemeine Therapie.

Pritchard Davies, Chemical Restraint and Alcohol. — J. of ment. sc. 1881.

Verf. will nach seinen Beobachtungen constatiren, dass die Pat. ohne narcotische Droguen sich besser befinden als durch den chemischen Zwang der letzteren, er findet sowohl für acute als für chronische Fälle nur einen Nachtheil vom Gebrauch der Narcotica, sieht die Unruhe des Aufgeregten einem erzwungenen Schlafe vor, und will Pfeffermünzwasser, unter der Firma eines Beruhigungsmittels gegeben, als ausreichend für die Besänftigung von sonst nur pharmaceutisch Schlafenden und namentlich auch für die Geduld des Wartepersonals gefunden haben. In Detail geht er weislich nicht ein. Wir wollen letzteres abwarten und dann prüfen, ob es auch dem Arzte, dessen Aufgabe doch zu heilen ist, dieselbe Befriedigung giebt, wie seinem getäuschten Warte- und Krankenpersonal, und einstweilen einen Gedankenstrich mit Fragezeichen setzen.

Needham, The „Open-door“ System. — Journ. of ment. sc. Juli.

Angesichts der Verbreitung dieses Systems der „freien Behandlung“ in den schottischen Asylen stellt Verf., welcher noch dem alten System angehört, an die Vorkämpfer des neuen eine Anzahl von practischen Special-Fragen über dessen Durchführbarkeit. Werden ihm darauf beruhigende Antworten aus einer genügenden Erfahrung gegeben, so will auch er — aber erst dann — dem neuen Stern sich zuwenden.

C. H. Hughes, Promblems in Psychiatry for the Family Physician. — The Alien. and Neurol. 1881.

Verf. giebt darin Anleitungen für den Hausarzt nach Seite der Fage: welche Kranken in häuslichen Verhältnissen zu belassen resp. zu verpflegen seien. Ein Theil der Ausschlag gebenden Gesichtspunkte ist in Form einer Fragetafel namhaft gemacht. Nachher bespricht Verf. auch in Kürze diejenigen Krankencategorien, welche durchaus eine Anstaltsbehandlung bedürfen; er rechnet darunter die Puerperalpsychosen und acute Aufregungszustände mit Verwirrung auf hyperämischer Basis. Dagegen glaubt er, dass bedingt, d. h. bei Ausschluss gefahrdrohender Complicationen die Paralyse, Delirium tremens, senile Dementia, paraplegisches und hemiplegisches Irresein, und gewisse Formen von phthisischem Irresein für zeitweitige oder dauernde häusliche Behandlung sich eigneten. Unter häuslicher Pflege versteht Verf. übrigens nicht streng nur die Verpflegung in der Familie, sondern auch in der Nachbarschaft; letztere Modification ist erforderlich bei Melancholien, besonders mit Misstrauen in die Umgebung. Dabei

ist aber eine beständige Ueberwachung unerlässlich, und trotzdem oft nicht hinreichend, um Unglücksfälle zu verhüten.

Engelhorn, Ueber allgemeine Faradisation. — *Erlenmeyer*'s Centralbl. I., 1881.

Verf. erzählt zwei Fälle von einem 19jährigen, an epileptischem Irresein leidenden Mädchen und einer langjährigen hystero-melancholischen Dame, bei welchen eine fortgesetzte allgemeine Faradisation zur Hebung des Status nervosus (hochgradige psychische und somatische Erschöpfung, Kopfschmerz, Schwindel, Herzpalpationen, mangelnder Appetit, unruhiger und mangelnder Schlaf) von sichtlichem Erfolge war. Gleich die ersten Sitzungen seien jeweils von grossem Wohlbehagen gefolgt gewesen, welches sich allerdings nach längerer Anwendung wieder verloren habe. Verf. räth zu weiteren Versuchen — welche aber bei den nothwendigen Inconveniensen der Procedur nach des Ref. Ansicht nur mit grosser Auswahl und Individualisirung ausgeführt werden dürften.

Aetiologie.

Mendel, Die Psychosen im Gefolge acuter somatischer Erkrankungen. — Deutsche medic. Wochenschr. No. 19.

Verf. hat nur die Fälle im Auge, wo die Psychose im Reconvalescenzstadium, nach Ablauf der Fieberperiode zur Erscheinung kommt. Nach seinen Beobachtungen leiten in der Mehrzahl der Fälle Hallucinationen den Ausbruch der Krankheit ein. Nach kürzerer oder längerer (über 1 Woche) Einleitung bricht endlich, anscheinend plötzlich, das Delirium aus. Die Form der sich jetzt entwickelnden eigentlichen Psychose ist entweder eine Melancholie, oder eine hallucinatorische Manie (letztere mit beschleunigtem Ablauf der Vorstellungen und stetig wechselnden Hallucinationen). Nach 6—8—10 wöchentlicher Dauer erfolgt in der Mehrzahl der Fälle die Heilung; selten ziehen sich darüber mehrere Monate hin. Nur in 10—15 pCt. der Fälle geht die Kranke in chronische Geistesstörung über (Verrücktheit). Es kann aber auch an das hallucinatorische Initialstadium ein Zustand von fixen Wahnvorstellungen (verrückte Grössenideen) bei übrigens normaler Intelligenz sich anschliessen. Endlich kann acute heilbare Dementia vorübergehend in einzelnen Fällen in Erscheinung treten. Chronische Dementia schliesst sich ohne vorhergegangene Geistesstörung in der Regel nur an jene Fälle von fieberhaften Erkrankungen an, in welchen schwere cerebrale oder zweifellos meningitische Erscheinungen auf der Krankheitshöhe aufgetreten waren. — Pathologisch anatomisch bestreitet Verf. auf Grund eigener Untersuchungen die *Popoff*'sche Hypothese. Pro-

gnostisch sind die in Rede stehenden Geistesstörungen — mit Ausnahme der chronischen Dementia — günstig zu beurtheilen. Die Behandlung muss eine roborirende sein; gutes Bier, nicht aber Wein, ist zu empfehlen; ebenso Chinin 0,3—0,4 mehrmals täglich, und Abends eine Dosis Chloral (3—4 Gramm). Opiate und Bromkali nützen wenig oder gar nichts.

O. Binswanger, Ueber den Schreck als Ursache psychischer Erkrankungen. — Charité-Annalen p. 401.

Enthält die eingehende Krankheitsschilderung und Autopsie einer durch Schreck (ohne erbliche Anlage) plötzlich seelengestört gewordenen 53jährigen verheiratheten Frau. Nach anfänglicher ängstlicher Verworrenheit mit perversen Acten, automatischen Geberden, vollständiger Schweigsamkeit und hartnäckiger Nahrungsverweigerung folgte ein zunehmend stupides Wesen mit psychomotorischer Gebundenheit, abwechselnd abermals mit automatischen Gesticulationen, mit fast totalem Perceptionsabschluss, Nahrungsverweigerung, Unreinlichkeit. Am 7. Tage Sondenfütterung; trotzdem am folgenden Tag Collaps mit elendem Puls, kühlen Extremitäten und wiederkehrender Unruhe. Am Abend des nächsten Tages Tod. — Bei der Section zeigte sich Nierenatrophie und im Gehirn eine der senilen nahestehende atrophische Entartung der Gefässe (nicht atheromatöser oder sklerotischer Natur); ausserdem fanden sich multiple circumscripte Hämorrhagien aus den Hirngefässen, und fettige Degeneration der Gefässmedia. Verf. bringt die capillären Hämorrhagien mit den beschriebenen Gefässwandentartungen in Zusammenhang, und zwar mit dem weitern Mittelglied einer durch Schreck gesetzten allgemeinen Blutdrucksteigerung (unter Berufung auf physiologische Experimente). Es thut der sorgfältigen Beobachtung, welche in der exactesten Weise nach allen Richtungen epikritisch verwerthet ist, keinen Eintrag, dass Verf. dieselbe dem „Delirium acutum" zutheilt, wohin sie doch kaum gehören dürfte. Bezüglich anderweitiger und anderartiger Beobachtungen von Wirkungen des Schrecks auf neuropsychische Constitutionen möchte ich auch auf die in meiner Dysphr. neuralg. enthaltene Casuistik, und zwar speciell auf Fall 1 und 7, welche weder von *B.* noch von *Emminghaus* aufgeführt sind, verweisen.

P. Hasse, Die Ueberbürdung unserer Jugend auf den höheren Lehranstalten mit Arbeit — im Zusammenhang mit der Entstehung von Geistesstörungen, Vieweg 1880.

Verf. behandelt in der vorliegenden Arbeit, welche eine Erweiterung seines Vortrags auf der vorjährigen psychiatrischen Jahresversammlung darstellt, die Gefahren, welche in den Anforderungen der höheren Lehranstalten unserer Zeit an die geistige Leistungsfähigkeit der Jugend begründet liegen. Auf Grundlage von 7 Beobachtungen (3 Primaner, 3 Secundaner, 1 Semi-

narist; dazu noch 2 junge Mädchen aus höheren Mädchenschulen) constatirte *Hasse* einen sich wiederholenden klinischen Symptomencomplex: Kopfschmerz, Gefühl von Oede und Leere im Kopfe, Taumel, Schwindel, Unbesinnlichkeit, Gemüthsreizbarkeit, ängstliche Unruhe, in zwei Fällen auch Wahnvorstellungen und Hallucinationen. Körperlich fanden sich verstärkte Herzaction, kleiner, harter Puls, heisser Kopf, kühle Extremitäten, weite Pupillen, retardirte Verdauung; in 3 Fällen auch hochgradige sexuelle Erregung, von welcher *Hasse* es dahingestellt sein lässt, ob sie als gleichzeitige Krankheitsursache oder Krankheitssymptom oder als beides zugleich anzusehen ist. Erbliche Prädisposition fand sich in 3 Fällen von den 7. Prognostisch verliefen 5 in nicht über 5 Monate dauernder Krankheitszeit günstig. Obschon *Hasse* es ablehnt hieraus ein specifisches, günstiges Krankheitsbild festzustellen, so hält er doch an einen bestimmten Zusammenhang zwischen Ueberanstrengung und Geistesstörung in den citirten Beispielen fest. Er findet als charakteristisch die Form der Entwickelung, welche ohne melancholisches Vorstadium sofort und primär das Bild der Erschöpfung, der Schwäche darbietet, als hochgradige Reizbarkeit, mit oder ohne Hallucinationen, als ein Unvermögen, sich irgendwie zu beschäftigen, zu denken, den Vorträgen der Lehrer zu folgen, als eine Gedankenarmuth mit dem Gefühle einer vollständigen Oede und Leere im Kopf und den heftigsten Kopfschmerzen. Charakteristisch für die Ursache der Krankheit ist auch der gegen Gewohnheit ausserordentlich rasche und günstige Verlauf. Nach einiger Zeit Ruhe und mehrwöchentlicher Ausspannung trat in 5 von den 7 Fällen in kürzester Zeit Heilung ein. Für die Richtigkeit des ätiologischen Zusammenhangs glaubt *Hasse* auch anführen zu müssen, dass alle 7 Patienten in den denkbar besten häuslichen Verhältnissen lebten, gut mittel veranlagte Schüler waren, und von allen Excessen des Studentenlebens sich fernhielten. Zum Schlusse führt *Hasse* noch das Sitzungsprotokoll der fünften schlesischen Directoren-Conferenz an, worin nach den einzelnen Klassen eine zwischen 10—19 Stunden sich erstreckende wöchentliche Hausarbeit für die Schüler als durchaus statthaftes Pensum vorgesehen ist. — Die statistisch rapide Zunahme der Kurzsichtigkeit der Jugend auf unseren höheren Lehranstalten dient *Hasse* als weiterer Beweis für seine Behauptung.

Die hohe Tragweite der letzteren wurde sofort nach dem *Hasse*'schen Vortrage, welcher der vorliegenden Schrift zu Grunde gelegt ist, auf der Versammlung selbst anerkannt, und förderte zunächst drei vortreffliche und inhaltsreiche Meinungsäusserungen von *Snell*, *Lähr* und *Finkelnburg* zu Tage, welche der Schrift angeschlossen sind. Im Ganzen wurde aber der Ausschliesslichkeit des *Hasse*'schen Standpunktes nicht in der von dem Redner eingenommenen Ausdehnung beigetreten, und namentlich der Vorschlag des Redners, an höchster administrativer Stelle sofort durch eine bezügliche Eingabe vorstellig zu werden, abgelehnt. Es sollte einstweilen noch genügend weiteres Material gesammelt werden. Auch nach des Ref. Auffassung ist dieser Standpunkt der richtige; denn die *Hasse*'sche Casuistik lässt ärzt-

licherseits noch zu viel zu wünschen übrig, um dem behaupteten ätiologischen Zusammenhang als zwingende Grundlage zu dienen. Da spielt Heredität, Masturbation, unter Umständen auch geringere psychische Veranlagung, Kampf um's Dasein etc. eine so wichtige und complicirte Rolle, dass ein abschliessendes Votum in dem *Hasse*'schen Sinne bedenklich, jedenfalls noch verfrüht ist. Auch meine eigenen Erfahrungen sprechen nichts weniger als unbedingt bejahend mit, insofern unter den zugegangenen Kranken eines Decenniums nur ein einziger Schüler der Prima war, bei welchem diese Aetiologie hätte in Betracht gezogen werden können, und selbst dieser Fall war nicht ganz rein. So müssen wir denn vorerst mit dem Schlussvotum noch zuwarten, dürfen aber *Hasse* die Anerkennung nicht versagen, dass er die Aufmerksamkeit auf diesen hochwichtigen Punkt unserer Hygieine gelenkt hat, dem erst neuerdings auch von England aus (cf. Semestralbericht) sich Stimmen angeschlossen haben. Soviel lässt sich jetzt schon sagen, dass diese Frage nicht mehr aus der Aufmerksamkeit der Pädagogen und Aerzte verschwinden darf, bis sie ganz gelöst ist, und soviel steht auch heute schon fest, dass abgesehen von den Arbeitsanforderungen der Lehrer an die Schüler, in der Art und der Zeit dieser Anforderungen Manches noch sehr der Klärung durch physiologische Principien bedarf; dass namentlich die Phase der Pubertät mit den hoch gesteigerten Ansprüchen an das körperliche Wachsthum, wobei die cerebralen Functionen des Schülers so sehr oft temporär nur in langsamerem Tempo zu gehen vermögen, vom Lehrer oft viel zu wenig beobachtet wird — kurz, dass da und dort einschneidende Unterrichtsreformen nothwendig sind.

J. Haunhorst, Ueber den Einfluss der Ueberbürdung unserer Jugend auf den Gymnasien und höheren Töchterschulen mit Arbeit — auf die Entstehung von Geistesstörungen. 2. Aufl. Greifswald 1881.

Populäre Schrift für das gebildete Publikum, worin gegen die Beweiskraft der *Hasse*'schen Casuistik und die daraus gezogenen Schlussfolgerungen angekämpft, und als Ursachen für die Erkrankung von Schülern und Schülerinnen aufgeführt wird 1) Fehlgriffe resp. unrichtiges Urtheil der Eltern über die Talentirung ihres Kindes (hier soll das Votum des Arztes eingeholt werden); hin und wieder wohl auch elterliche Eitelkeit; 2) fehlerhafte Erziehung der Jugend, Ueberheizung und Ueberhastung; 3) sociale Schäden unseres Familienlebens: Erziehung durch Ammen, frühzeitiges Heirathen; 4) unrichtige Methodik in der Schule. An diesen Punkten — und nicht wie *Hasse* meint an dem Unterricht — möchte Verf. den Hebel für die Abwendung des drohenden Niedergangs der geistigen Kraft und Energie des heranwachsenden Geschlechts angesetzt wissen.

Spamer, Beobachtungen über Erblichkeit, besonders bei Psychosen und Neurosen. — Berl. kl. Woch. 14. u. 15.

Vortrag, die gesichertsten und praktisch wichtigsten Thatsachen der Hereditätsfrage enthaltend, vor Allen an die Hausärzte gerichtet, welche Verf. bei der Auswahl des Berufs der Kinder beigezogen haben will. — Ob der andere Satz des Verf., dass er in allen Fällen von Psychosen erbliche Anlage nachgewiesen habe können, auch anderweitige Bestätigung finden wird, muss abgewartet werden; Ref. könnte nicht beitreten.

J. S. Jewell, Influence of our present civilization in the production of nervous and mental diseases. — J. of nerv. and ment. dis. Jan.

Verf. erblickt in diesem Vortrag in der Civilisation, wie sie sich im letzten Halbhundert entwickelt hat, die Keime des Zerfalls der menschlichen Gesellschaft. Ohne deren Vortheile zu verkennen, findet er den grossen ihr anhaftenden Nachtheil darin, dass nervöse und geistige Erkrankungen in Zunahme begriffen sind. Im Fortschritt der Cultur liegt die Bedingung vermehrter Arbeit und Anstrengung, und besonders auch der Anspannung der Gemüthskraft. Das Gefühl wird auf Unkosten der intellectuellen Energie gesteigert, und so entsteht oft Störung der Symmetrie zwischen Beiden. Es giebt zwei Hauptwege für die Entstehung von Nervenleiden: Ueberanstrengung der Geistes- und Körperkräfte, und Ueberreiz des Nervensystems. Schon im Kindesalter treten diese oft in Wirksamkeit (Ueberanstrengung in den Schulen, verdorbene Luft in letzteren, Ueberreiz der Sehkraft). Verderblicher noch sind die Einflüsse der höheren Schulen auf die heranwachsende Jugend durch die grossen Lernanforderungen. Ebenso aufreibend sind gewisse Berufsthätigkeiten: Journalistik, Telegraphie, Schriftstellerarbeiten, Buchdruckergeschäft, besonders das Typensetzen; sodann werden die namentlich gemüthlich so aufreibenden Wirkungen des grossen Geschäftslebens, speciell der Börsenspeculationen, besprochen. Der Druck schwerer Verantwortlichkeit wirkt zerrüttend auf manche Naturen. Kommen dazu noch die nervösen Stimulantien: Caffee, Thee, Alkohol, so wird die Nervenkraft noch mehr und noch rascher consumirt. Den Schluss des Vortrags bildet ein Ausblick auf die Verhältnisse des Heirathens unter nervösen und hereditär belasteten Persönlichkeiten.

C. Moeli, Ueber psychische Störungen nach Eisenbahnunfällen. — Berl. kl. Wochenschr. 6.

Verf. beobachtete 4 hierhergehörige Fälle auf *Westphal's* Klinik. Sämmtliche zeigten gegenüber von früher ein verändertes Verhalten: grössere sensuelle Empfindlichkeit, speciell gegen Geräusche, gesteigerte gemüthliche

Reizbarkeit, und zwar sowohl Neigung zu Zornausbrüchen als auch excessiver Rührbarkeit, so dass selbst bei ganz gleichgültigen Anlässen stets Ergriffenheit, Weinen, Zittern eintritt; sodann erschwertes Denken, manchmal grössere Vergesslichkeit. Beim Lesen, längerer Unterhaltung, Genuss von Spirituosen tritt leicht eine Steigerung der fast nie fehlenden Kopfschmerzen auf. Die Stimmung ist gedrückt, und zwar oft motivlos, anderemale in Folge der peinlichen Perception der verminderten psychischen Leistungsfähigkeit. Die Erinnerung an den erlittenen Unfall, an die Unglücksstätte, tritt dominirend, oft als Zwangsgedanke, im Vorstellungskreise des Kranken auf, und lässt letztern jedes Gespräch, jede Mahnung an das Vorgefallene scheuen. Beim Versuch, wieder zu fahren, stellt sich eine Verschlimmerung des Zustands ein, mit überwältigendem Angstgefühl. Der Schlaf ist durch ängstliche Träume, welche Bezug auf den erlittenen Unfall nehmen, gestört. Verf. möchte ausser dem Trauma auch dem Schreck ein erhebliches ätiologisches Moment zuerkennen. Nervöse Prädisposition ist jedenfalls auch einzurechnen. Bei der Mehrzahl der Kranken trat, soweit sich bis jetzt beurtheilen lässt, unter öfteren Schwankungen eine theilweis bedeutende Besserung ein.

A. Leppmann, Ueber die sog. „Ueberbürdungspsychosen" bei Schülern höherer Lehranstalten. — Bresl. ärztl. Zeitschr. 2.

Verf. behandelt die durch *Hasse* angeregte Frage auf Grund seiner Erfahrungen an der *Neumann*'schen Klinik und den Ergebnissen der Breslauer Statistik. Er kommt dabei, *Hasse* gegenüber, zu negativen Resultaten, läugnet die behauptete grössere Häufigkeit von Geistesstörungen bei Schülern von höheren Lehranstalten, weist bei den beobachteten Fällen den überwiegenden Einfluss der psychopathischen resp. hereditären Anlage nach, und stellt schliesslich in Abrede, „dass eine Ueberbürdung mit geistiger Arbeit seitens der höheren Schulen derart, dass sie schädigend auf das Centralnervensystem einwirke" vorhanden sei.

Wallace, The causal relation nerve stimulants sustain to Insanity. — Amer. J. of Insan. Jan.

Verf. erörtert die Frage über die Beziehungen der Nervenreizmittel zur Entstehung von Psychosen bzgsw. zur Uebermittlung einer hereditären Degeneration. Nach der Irrenanstaltsstatistik aus Toronto (Canada) entfallen auf den Abusus des Alkohols 9 pCt.; dabei ist nicht zu übersehen, dass Trunkexcesse nicht immer Ursache, sondern sehr häufig auch F o l g e einer Psychose sind; so sind in Texas 2 pCt. unter letztere Rubrik zu verrechnen. Bezüglich der erblichen Uebertragung wird in der Regel der

übrigen neurotischen Belastung zu wenig Beachtung geschenkt. Alle diese Punkte müssen statistisch genau getrennt und verwerthet werden. Nach der Ansicht des Verf. ist der Abusus spirituosorum in Texas bei $^1/_3$ der Irren als Ursache zuzulassen.

---

5. Pathologische Anatomie. Referent: Schüle.

Luys, Procédé pour la conservation et la momification des cerveaux à l'état sec. — L'Encephale 1881.

Verf. räth folgendes Verfahren zur trockenen Conservirung der Gehirne an:

Nach Herausnahme des Gehirns aus dem Schädel werden die Hirnstiele durchschnitten und abgetrennt. Dann wird ein Schnitt durch beide Hirnhälften geführt und zwar durch die beiden Corp. mammillaria, während das Gehirn auf seiner convexen Fläche aufliegt. Dann Entfernung der Pia mater; hierauf sorgsame Wägung. Dann taucht man beide Hirnhälften in eine saturirte Lösung von Kali bichrom. (in einem genügend geräumigen Gefäss), und lässt sie daselbst 12—14 Tage. Hierauf Herausnahme, Abwaschen in Wasser; nachher Versetzen in ein Bad von Phenylsäure (25 Gramm Acid. phenyl. auf 1000 Gramm aq.). In der Regel muss etwas Säure von Zeit zu Zeit nachgegossen werden. Hier bleibt das Präparat 6-10 Tage; ja selbst noch länger (bis 14 Tage). Endlich wird dasselbe auch hieraus wieder genommen und in ein Glycerinbad getaucht 3—4 Tage. Jetzt wird das Präparat — wenn nöthig nach einem 10minutenlangen Eintauchen in Wasser, um das überschüssige Glycerin zu entfernen — der Luft zum Trocknen ausgesetzt. Nach 2—3 Wochen ist auch diese Operation vollendet, und das Präparat geeignet entweder in freier Luft oder in geeigneten Gefässen beliebig lange (durch Jahre hindurch) aufbewahrt zu werden. Verf. überpinselt die getrockneten Gehirne zum Schluss noch mit einer Lösung von Copalfirniss in Alkohol. Wenn nöthig, kann jetzt auch noch eine Färbung der zusammengehörigen Windungsterritorien mit Oelfarbe, behufs leichterer Orientirung stattfinden. Auch für nachträgliche mikroskopische Untersuchungen bleiben derart präparirte Gehirne geeignet.

Bevan Lewis, Methods of preparing, demonstrating and examining cerebral structure in health and disease. — Brain Part XII. Jan.

Fortsetzung der im vorigen Semestralbericht referirten Arbeit. Die dort hervorgehobenen Vorzüge zeichnen auch diese Parthie aus. Dieselbe

behandelt die Verhältnisse der weissen und grauen Hirnsubstanz, und speciell die verschiedenen Formen der Erweichung. Weitere Fortsetzung soll folgen.

Mierzejewsky, Contribution à l'étude des localisations cérébrales. — Arch. de Neurol. Janv.

Vortreffliche Beschreibung eines hochinteressanten Hirndefects (Parencephalie) bei einem paraplegischen, stummen, 30jährigen Idioten, welcher an einem Erysipel gestorben war. Es fand sich ausserdem eine Formabweichung der Leber; diese, sowie die eigenartige Configuration des Skeletts sind durch Holzschnitte veranschaulicht. Der Schwerpunkt der Untersuchung betrifft aber die Anomalien der Hirnbildung und speciell die Configuration der Windungen. Die Einzelheiten der sehr detaillirten Beschreibung sind im Original nachzusehen, namentlich im Zusammenhalt mit den instructiven lithographischen Zeichnungen; hier nur soviel: die beiden Hemisphären waren ungleich, die rechte grösser als die linke; letztere lässt einen Theil des Cerebellum unbedeckt. An der Hirnoberfläche ist der markanteste Befund: die hochgradige Längenverkürzung der beiden Centralwindungen; das Operculum fehlt; die Insel liegt frei. Auch die Furchen haben zum Theil eine eigenartige Gestaltung und Verästelung. Der Schläfenlappen ist zurückgedrängt und hat eine besondere Form, wie diese normaliter nicht vorhanden ist. — Für die nächste Nummer wird Fortsetzung der Windungsbeschreibung mit Anknüpfung von Reflexionen versprochen.

---

6. Specielle Pathologie und Therapie.

Referent: Pelman.

Marardon de Montyel, Beitrag zum Studium der Folie à deux. — Annal. medico-psych. Jan.

Nach *M.* handelte es sich in der sog. Folie à deux um drei verschiedene Gruppen von Fällen. In der ersten nimmt ein Geistesschwacher die Täuschungen und Wahnideen eines Geisteskranken für wahr, und indem er sich auch die Wahnideen zueigen macht, wird er selbst krank, ohne jedoch zu hallucinіren (Folie imposée). In der zweiten Gruppe brechen bei zwei blutsverwandten disponirten Individuen dieselben Störungen, allein auf Grund derselben erblichen Belastung, gleichzeitig aus (Folie simultanée). In der dritten Gruppe endlich überträgt ein bereits erkranktes Individuum sowohl seine Wahnideen wie Täuschungen auf ein bis dahin gesundes, aber ebenfalls disponirtes Individuum, das unausgesetzt mit dem ersteren verkehrt

und unausgesetzt unter dem Einfluss desselben steht, indem das kranke das gesunde von der Wahrheit seiner Wahnideen überzeugen will und umgekehrt. Z. B. eine von zwei Schwestern, die mit einander zusammenleben, fängt an zu hallucinirен, und hält sich für verfolgt. Die andere sieht das krankhafte dieser Vorstellungen anfangs ein, allmälig aber wird auch sie, von der Kranken immer bearbeitet, krank und von Wahnideen und Hallucinationen desselben Inhaltes wie bei der früher erkrankten befallen (Folie communiquée).

In gerichtlichen Fällen muss in der ersten Gruppe der Geistesschwache, wenn er sich an den Handlungen des Hallucinanten betheiligt hat, gleichfalls als geisteskrank gelten, und der Gerichtsarzt hat den Nachweis der Geistesschwäche aus dem Vorleben des Patienten zu führen. 4 Fälle illustriren in ausführlicher Mittheilung das Gesagte.

Th. Meynert, Die acuten (hallcinatorischen) Formen des Wahnsinns und ihr Verlauf. — Jhrb. f. Psych. B. II. H. II. u. III. 1880.

M. will für den von *Westphal* als acute primäre Verrücktheit bezeichneten Symptomencomplex als besser das ganze Wesen des Prozesses deckend den Namen „hallucinatorische Verwirrtheit“ eingeführt wissen. Denn der Reichthum der Hallucinationen und die durch sie gesetzte Verwirrtheit sind nach *M.* das Charakteristische des Vorgangs. Jene, die Hallucinationen, drücken dem ganzen Prozess ihr eigenthümliches Gepräge auf. Sie machen den Kranken beredt und stumm, versunken und träumerisch, gebunden und tobsüchtig, wobei aber die Erscheinungen der Tobsucht nicht auf eine Stimmungsanomalie, sondern direct auf Sinnestäuschungen sich zurückführen, und sie veranlassen durch den raschen Wechsel ihres Inhaltes den ebenso raschen und unvermittelten Wechsel der Stimmung. Indem sie mit so elementarer Gewalt auf ihn hereinbrechen, dass er sich willenlos ihrem Einfluss hingiebt und ihrem rasch wechselnden Inhalt lauscht, bedingen sie jene eigenthümliche Verwirrtheit, in Folge deren er nicht mehr sich und die Aussenwelt versteht und der letzteren absolut rathlos gegenübersteht. Indem sich reflectorisch an sie und die ihnen gleichwerthigen Zwangsvorstellungen, die auch niemals fehlen, vage Associationsvorstellungen und Bewegungen anschliessen, die ebenso rasch wechseln, wie die Zwangsvorstellungen und Hallucinationen, veranlassen sie Ideenflucht, die sich immer durch ihre nur durch den Inhalt der ordnungslos entstehenden Hallucinationen erklärliche Incohärenz auszeichnet, und Bewegungsdrang, welcher letztere freilich auch in vielen Fällen auf directe Mithallucinationen der Muskelgefühle zurückzuführen sein mag, und sie erzeugen, da sich an sie meist unklare, symbolische Deutungen von der Wichtigkeit der Sonderstellung, die der Kranke seiner Umgebung gegenüber einnimmt, anreihen, jenes Gepräge von Gehobenheit, und jene exorbitanten Grössenideen, welche

diese Kranken auszeichnen und in ihrem schauspielerischen Auftreten und tragischen Pathos ihren Ausdruck finden.

Dass der Krankheitsprozess des Gehirns, welcher dieser Störung zu Grunde liegt, ein sehr schwerer ist, beweisen die ihn begleitenden schweren nervösen Erscheinungen, die absolute Schlaflosigkeit, das Muskelzittern der Zunge und der Glieder, der taumelnde Gang, das Schwanken im Stehen, die Muskelkrämpfe. Verlauf und Ausgang ist sehr verschieden.

Bei Individuen mit angeborenem Hydrocephalus, vorzeitiger Nahtverschliessung, mit leicht zur Transsudation geneigten Gefässen, welche also leicht zu Steigerung des Gehirndrucks disponiren, entwickelt sich meist bald Stupor und damit das von *Kahlbaum* als Katatonie geschilderte Symptomenbild, das entweder mit dem Tode oder mit Verblödung oder Genesung endet. In vielen Fällen aber geht die hallucinatorische Verwirrtheit in eine acute Manie über und zwar ist diese Form der acuten Manie nach *M.* viel häufiger als die echte klassische Form, die sich aus heiterer Verstimmung nach einem melancholischen Prodromalstadium entwickelt. Anfangs trägt diese Manie in ihrer Bewegungs- und Ideenflucht, trotz der übermüthigen, rein maniakalischen Stimmung noch deutlich hallucinatorische Züge an sich, indem sich logisch unvermittelte Elemente in beide einschieben. Aber im Laufe derselben blassen die Hallucinationen immer mehr und mehr ab und machen endlich einer reinen Manie mit ihrem gesteigerten Lust- und Kraftgefühl, dem auf diesen beruhenden Grössenwahn und seinem logisch vermittelten Antagonistem, dem Verfolgungswahn Platz. Die beiden letzteren erklären die bei dem nicht mehr delirirenden, ruhig räsonnirenden Kranken auffallenden, vielfachen Ungezogenheiten und Feindseligkeiten gegen seine Umgebung. Die Prognose dieser Manie ist nach *M.* im Ganzen günstig. Diese Manie entsteht nach der Ansicht *M.*'s aus der hallucinatorischen Verwirrtheit dadurch, dass sich reflectorisch an die Zwangsvorstellungen und Hallucinationen Schlussfolgerungen anschliessen und arterielle Fluctionen zur Rinde veranlassen. Diese Fluctionen sind nur von dem Gehirnmechanismus selbst abhängig, einer pathologischen Steigerung durch äussere Einflüsse nicht fähig und haben daher, ohne Gefahren zu bringen, die Ernährungsstörung der Rinde, welche, indem sie den hemmenden Einfluss der Rinde auf die subcorticalen Centren aufhob, das Hervorbrechen der Hallucinationen ermöglicht. Gleichzeitig setzen sie auch die Bedingung zur heitern Verstimmung, arterielle Hyperämie bei erschöpfter Rindenthätigkeit. Tritt dies nicht ein, so kommt es entweder zu jenem secundären als „allgemeine Verrücktheit“ bezeichneten Schwächezustand, dem aber immer noch ein gewisses Plus von Intelligenz eigen ist, oder zu stuporösen Zuständen, die vielfach mit stets durch ihre Verwirrtheit charakteristischen Erregungszuständen abwechseln und in Blödsinn oder noch nach Jahren in Genesung ausgehen. In ätiologischer Beziehung findet sich meist erbliche Belastung oder angeborene Disposition, die sich in mannichfachen Entwickelungshemmungen und Innervationsstörungen, vor allen in Sprach-

störungen, nach *M.* einem nie fehlenden Attribut neuropathischer Constitution, und in Neigung zu hypochondrischer Zurückgezogenheit und vagem Verfolgungswahn äussere. Hieraus erklärt es sich, dass diese Störungen schon in den ersten drei Jahrzehnten gleichsam als acute Phase des bestehenden chronischen Leidens sich entwickeln, wenn geistige Ueberanstrengungen, Gemüthsaffecte, Enttäuschungen und die allgemeine Ernährung schwächende Einflüsse einwirken. Der durch die so entstandene Anämie verlangsamte Vorstellungsablauf und die gleichfalls so bedingte Gedrücktheit der Stimmung erklären es, dass manche Autoren ein melancholisches Prodromalstadium für diese Störungen beobachtet haben wollen, was sich aber nach *M.* nie findet.

Fritsch, Die Verwirrtheit. — Jhrb. für Psych. 1880. Bd. II. Hft. I.

Auf der Grundlage von 5 Krankengeschichten analysirt *F.* den Begriff der Verwirrtheit. Diese Störung, die sich durch Zwecklosigkeit, Unordnung und Zusammenhanglosigkeit der Vorstellung und Handlungen und eine eben solche Störung der Sprache auszeichnet, ist vor allen eine Störung und zwar eine so hochgradige Störung des Bewusstseins, dass der Kranke nicht mehr im Stande ist, die äusseren Eindrücke und ihre Beziehung zur Aussenwelt aufzufassen und in Folge dessen nicht selten in eine bis zur Panphobie gehende Erregung kommt.

Sprachlich äussert sich die Verwirrtheit als eine dem Gewirre der auftauchenden Vorstellungen entsprechende Incohärenz, Abgerissenheit und Zerfahrenheit, oder als Pseudaphasie, wobei der Kranke nicht mehr das den Begriff deckende Wort findet und statt dessen alle möglichen Umschreibungen der unpassendsten Natur anwendet, ohne seine Störung selbst zu erkennen.

Die Verwirrtheit tritt entweder symptomatisch oder idiopathisch auf. Als erstere ist sie eine temporäre Theilerscheinung einer Reihe psychischer Störungen, z. B. der schweren allgemeinen Neurosen, der Hysterie und Epilepsie, schwerer diffuser und heerdartiger Gehirnerkrankungen, der Höhe- und der Uebergangsperiode von primären Zuständen in Schwächezustände. Die letztere ist eine selbständige Krankheitsform und die Folge der Einwirkung heftiger Gemüthsbewegungen auf durch Erblichkeit und schwächende Einflüsse widerstandslos gewordene Gehirne, welche entweder nach kurzem Verlauf in Heilung oder in dauernden Blödsinn endet. Bei dem ihr zu Grunde liegenden Processe handelt es sich offenbar um vasomotorische Ernährungsstörungen der Rinde, wofür die nach Alkoholübergenuss und in der Chloroformnarkose auftretenden, analogen Intoxikationserscheinungen und ja auch die Ergebnisse des Experimentes sprechen.

Die primäre idiopathische Verwirrtheit tritt als pseudaphasische und hallucinatorische Form auf. Wodurch dieser Unterschied bedingt ist, lässt

sich mit Bestimmtheit nicht sagen, doch handelt es sich bei ersterer wahrscheinlich um lokalisirte Rindenaffectionen, wofür auch ihr häufiges Zusammentreffen mit Herzaffectionen spricht, bei letzterer um mehr diffuse Störungen, durch welche die Rindenthätigkeit geschwächt und damit das Auftreten von Hallucinationen ermöglicht wird, welche letzteren als die Ursache der Verwirrtheit anzusehen sind. In ätiologischer Beziehung handelt es sich, wie gesagt, um die Chocwirkung heftiger psychischer Einwirkungen auf disponirte Individuen und überwiegt das weibliche Geschlecht. Der primären Verrücktheit ist die idiopathische Verwirrtheit nach *F.* nicht zu subsummiren, da sie sich trotz der Gemeinsamkeit der Hallucinationen zu charakteristisch von ihr sowohl in ihrer Entwickelung und ihrem Verlauf, wie auch durch den Mangel an Urtheil und der logischen Verarbeitung unterscheidet; ebensowenig will sie *F.* wie *Schüle* unter die Blödsinnsformen rechnen, da das Charakteristikum des Blödsinns, die Unheilbarkeit, der irreparabele Intelligenzdefect ist.

Differentialdiagnostisch unterscheidet sie sich von der symptomatischen Form durch ihr ganzes Auftreten und ihren Verlauf, von der maniakalischen durch die viel grössere Bewusstseinsklarheit beim Maniakus, die es diesem ermöglicht, sich trotz der bis zur sprachlichen Verwirrtheit gehenden Gedankenflucht der kleinsten Vorkommnisse der Krankheit nach der Genesung zu erinnern, von der sogenannten allgemeinen Verrücktheit, dass es hier den Kranken beherrschende Wahnideen sind, die sich allen Aeusserungen des Kranken einflechten und dadurch den Beobachter verwirrt machen; von der Worttaubheit endlich dadurch, dass der Worttaube zwar verwirrt spricht, aber nicht verwirrt handelt.

Schlangenhausen, Beitrag zur Casuistik der pseudaphasischen Verwirrtheit. — Jhrb. für Psych. 1880.

Eine dreissigjährige ledige Magd, deren Vater geisteskrank gewesen, immer von schwächlicher Constitution, erkrankt nach Schreck über den Brand eines Hauses. Bei der nach sechs Monaten erfolgten Aufnahme am 23. März 1879 zeigte sie grosse Verwirrtheit in Form der Pseudaphasie und Unruhe. Dabei unreine Herztöne und Herzverbreiterung. Die Unruhe legte sich allmälig, doch die Verwirrtheit blieb in Sprache und Handlung. Am 28. Juni 1880 Ohnmachtsanfall mit Lähmung des oberen Augenlides, Unsicherheit der Bewegungen, besonders links, Articulationsstörung der Sprache und amnestische Aphasie. Diese Erscheinungen bessern sich alle bis auf die Aphasie, die fortbestehen bleibt; am 15. Juli erfolgt ein abermaliger Ohnmachtsanfall mit Abducenslähmung und Sopor und am 16. Juli 2 Uhr früh der Tod. Bei der Section fand sich über den Stirn- und Schläfenlappen der rechten Hemisphäre ein ¼ Ctm. starkes Blutgerinnsel, über dem die Dura stark gespannt ist, doch kein Thrombus in den rigiden Gehirn-

arterien. Der Fall scheint *Schl.* für eine lokalisirte Störung bei der pseudaphasischen Verwirrtheit zu sprechen.

A. Verga, Ueber Kafophobie. — Arch. ital. H. I. e II.

V. theilt einen Fall von Folie du toucher mit, der weder Neues noch Interessantes enthält.

Dean, Abortive Geistesstörung mit Gehörshallucinationen und Schmutzfurcht. — The Alienist and Neurologist. Januar.

Die Mittheilung betrifft einen unklaren Fall von Hallucinationen, in dem das betreffende Individuum hört, dass man es beschuldigt zu stinken und sich durch die Versicherung des Gegentheils beruhigen lässt. *D.* fasst den Fall als abortive Manie auf und führt Wahnideen und Hallucinationen auf allerlei Veränderungen in Nase, Tuba Eustachii und Mittelohr zurück.

E. Spitzka, Ein historischer Fall von impulsivem Irresein. — The J. of Nerv. and Ment. dis.

S. behauptet, dass *S. Johnson,* der berühmte Kritiker, verrückt gewesen und an Zwangsvorstellungen gelitten habe. Kann richtig sein, ist aber jedenfalls nicht zweifellos genug, um die Schlüsse zu rechtfertigen, die Verfasser am Ende seiner Arbeit wagt, ein Ausfall gegen das Einsperren der Geisteskranken in Anstalten und ein Beweis für das Vorhandensein partieller Geistesstörung.

Tamassia, Transitorische Manie. — Riv. sper. d. Tren. 1880. H. III. e IV.

Ein Fall transitorischer Manie, der nichts Neues enthält.

H. Reich, Ueber transitorisches Irresein bei Kindern. — Berl. klin. Wchenschr. No. 10.

R. hat im December 1879 4 Fälle beobachtet, wo bei erethisch skrophulösen Kindern von 6—10 Jahren nach einem mehrstündigem Aufenthalt in einer Temperatur von —16—22° C. bei gleichseitigem schlechten Kälteschutz und darauf folgender Erwärmung am Ofen nach einem kurzen Erschlaffungsstadium ein Anfall von transitorischer Manie ausbrach. Derselbe war durch grosse Unruhe und Angst, schreckhafte Gesichtshallucinationen und Personenverkennen ausgezeichnet und endete nach mehrstündiger Dauer mit einem tiefen, von starker Schweisssecretion begleiteten kritischen Schlaf. Alle erwachten mit vollständig klarem Bewusstsein, hatten keine Erinnerung

von dem Vorgefallenen und klagten nur über Kopfweh, besonders in den Schläfen. Ausserdem fanden sich in einem Fall klonische Krämpfe, bei zwei Aufwärtsrollen der Bulbi, bei einem in beiden Ohren abwechselnd Ohrenschmerzen, bei einem Gelenkschmerzen. Der Kopf war stets heiss, das Gesicht blauroth. Kein Fieber vorhanden. *R.* lässt es unentschieden, ob eine Gehirnanämie oder Hyperämie die Ursache des Anfalls gewesen sei, neigt aber auf Analogie der übrigen Fälle von Mania transitoria eher zur Annahme einer Flexionshyperämie. Er hebt die analoge Wirkung der Insolation hervor und macht auf die gerichtsärztliche Bedeutung, welche die Einwirkung hoher Temperaturen und plötzlicher grosser Temperaturdifferenzen eventuell haben kann, aufmerksam.

Wittkowski, Ueber recurrirende Manie. — Brl. klin. Wchenschr. No. 24.

W. macht auf eine Form der akuten Manie aufmerksam, die sich aus zwei Anfällen, welche durch ein Intervall von einander getrennt sind, zusammensetzt und insofern an die Febris recurrens erinnert. Die Störung ist nicht häufig, da sie *Wittkowski* unter ungefähr 1000 Fällen von Geisteskrankheit nur 4 mal beobachtete und sie auch sonst in der Literatur nur in der Casuistik *v. Krafft-Ebing*'s Erwähnung findet. Die Störung verläuft in der Regel so dass nach einem kurzen, nur wenige Tage dauernden Anfall von Tobsucht mit Bewegungsdrang, Ideenflucht, gehobener Stimmung plötzlich ein freies Intervall, jedoch ohne Krankheitseinsicht eintritt, dessen Dauer zwischen 8 Tagen und einem Monat schwankt. Dann entwickelt sich ohne äussere Ursache ein zweiter Anfall, der sich langsamer herausbildet, schwerer ist, länger dauert und meist auch plötzlich abläuft. Nur im 4. Fall war der Uebergang zur Genesung allmälig. Fieber war in keinem Fall vorhanden. In zwei Fällen bestand Erblichkeit, zwei betrafen Männer, zwei Weiber, die Gelegenheitsursachen waren meist geringfügig. Die Prognose ist im allgemeinen günstig, doch kommen Recidive vor und verlaufen dann meist in derselben Weise.

Bonville, Ein Fall von acuter Demenz mit raschem tödtlichem Ausgang. — J. of ment. sc. Juliheft.

A. M., 18 Jahre alt, erkrankt bei starker erblicher Anlage nach getäuschten Hoffnungen zur Zeit der Menses in der Mitte des Juli 1880, behauptet, sie sei genothzüchtigt, sei Wittwe, die Prinzessin Beatrice, wird leicht unwirsch und heftig. Bei der Aufnahme am 4. August 1880 kann sie nicht gehen, schwankt zwischen zwei Wärterinnen, sitzt stupide da, lässt den Speichel laufen, stottert, Zunge zittert, ist roth und trocken. Puls 120—140. Ob Fieber vorhanden, nicht angegeben. Der Fall betrifft offenbar ein schweres organisches Gehirnleiden, das auch dadurch deutlich wird,

dass Patientin unreinlich wird, Schlucklähmung bekommt und indem überall auch ohne Druck Blasen entstehen, unter den Erscheinungen des Decubitus rasch zu Grunde geht. Die Section ist nicht gemacht.

Lamaestre, Congestive Manie. — Ann. med. psych. Jn.

Ein Fall von Geistesstörung bei einem erblich schwer belasteten Individuum, mit deutlichen Zeichen der Degenerescenz in seinem Vorleben, der psychisch das Bild der allgemeinen Paralyse bot und auch anfangs leichte Lähmungserscheinungen zeigte. Auf das Exaltationsstadium folgte ein Depressionsstadium mit allerhand schwachsinnig hypochondrischen Benachtheiligungsideen, und nach drei Monaten langer Behandlung wurde Pat. genesen entlassen. Die Genesung hielt noch Stand zur Zeit der Mittheilung des Falles, die 9 Monate später erfolgte.

Regis, Zwei Fälle von congestiver Manie. — ibid. p. 205.

Der erste Fall betrifft einen von Jugend auf psychisch sehr reizbaren, aber willensschwachen Menschen, der nach einer Reihe von Alkoholexcessen Ende 1879 unter zunehmender Erregung mit ausgesprochenem Grössenwahn erkrankt. Bei der Aufnahme am 17. Februar 1880 die ausgesprochenen Symptome der allgemeinen Paralyse besonders in psychischer Beziehung. Als sich die paralytischen Erscheinungen dauernd steigern, wird nach drei Monaten ein Haarseil in den Nacken gelegt, von da an zunehmende Besserung und Mitte Juli wird Pat. genesen entlassen. Die Genesung hat bis zur Mittheilung des Falles vorgehalten.

Im zweiten Fall treten nach plötzlicher Unterdrückung von Hämorrhoiden Kopfschmerzen, zunehmende Erregung und Weltbeglückungspläne ein. Bei der Aufnahme starke Congestion und deutliche Lähmungserscheinungen, Verwirrtheit, Grössenideen. Alle diese Erscheinungen schwinden, als nach Aloepillen die Hämorrhoidalblutung eintritt und nach 8 Tagen geht der betreffende Kranke genesen fort, doch tritt nach einigen Monaten mit einer Verschlimmerung des Hämorrhoidalleidens ein Recidiv in Form hypochondrischer Verstimmung ein. *R.* hält es deshalb für nöthig, alle an congestiver Manie behandelten Kranken längere Zeit noch im Auge zu behalten, da eine Neigung zu Recidiven darnach zurückbleibe und damit die Gefahr der allgemeinen Paralyse. Er dringt auf energische Derivationsbehandlung, in allen solchen Fällen, die der allgemeinen Paralyse verdächtig sind, und will dieselbe auch noch längere Zeit nach der Genesung fortgesetzt wissen, da so die Gefahr der Recidive und damit auch die Gefahr der allgemeinen Paralyse verringert werde.

Seppilli, Transfusion in das Peritoneum bei Oligämie der Geisteskranken, ausgeführt v. *Casselli*, *Golgi* u. *Raggi*. — Arch. ital. p. l. mal. nerv. I. e II. H. e Riv. sper. d. Frenat. 1880. H. III. e IV.

C. hat bei sehr heruntergekommenen Geisteskranken Injectionen von 300 Cctm. defibrinirten Blutes in das Peritoneum gemacht, ohne dadurch irgend eine Veränderung in dem körperlichen und geistigen Befinden zu erzielen.

Solivetti, Die subcutane Injection von Ergotin bei einigen Formen von Geistesstörung. — Arch. ital. p. l. mal. nerv. H. I. e II. e Riv. sper. di Fren. H. III. e IV.

S. behandelt Delirium acutum und andere Formen, bei denen er eine Blutüberfüllung des Gehirns annimmt, mit Ergotin. Und zwar benutzt er das *Bonjean*'sche Ergotin in Lösung von 1,0 : 6,0 Wasser. 3 Mal täglich giebt er 3—4 Tage lang 2 Spritzen und will damit gute Erfolge erzielt haben. Ferner empfiehlt er es bei schweren paralytischen Anfällen, dem Delirium tremens und heftigen epileptischen Insulten.

E. Regis, Practische Betrachtungen über Zwangsfütterung. — Ann. med. psych. p. 54.

Die Nahrungsverweigerung ist entweder psychisch oder physisch bedingt und bedarf daher, je nachdem das eine oder andere der Fall ist, eine verschiedene Behandlung. Da aber häufig leichte functionelle Störungen des Magens zur Bildung von Wahnideen, und umgekehrt die Nahrungsverweigerung auf Grund von Wahnideen zu Functionsstörungen des Magens führen, so fällt die Therapie beider meist zusammen. *R.* wendet mit grossem Erfolg Auswaschungen des Magens mittels der Pumpe gegen beide Arten an, und benutzt je nach der Reaction des Mageninhaltes Vichywasser oder Lösungen von doppeltkohlensaurem Natron. Der Futtersuppe giebt er einen Zusatz von Peptonen, weil diese leichter resorbirt werden sollen (?). Das beste Instrument zum Füttern ist nach ihm eine einfache Gummisonde mit oder ohne Zapfen. *R.* verbindet mit ihr einen aufblasbaren Kautschuckballon, um so zu vermeiden, dass die Futtersuppe bei falsch eingeschlagenem Wege in die Lungen komme. Er bringt dieselbe erst dann in den Magen, wenn er sich überzeugt hat, dass beim Aufblasen des Kautschukballons keine Erstickungserscheinungen eintreten. Uns scheint diese Complication der Sonde unnöthig zu sein.

Hoppe, Augenbewegungen als neues Schlafmittel. — Mem. Heft I. e II.

H. macht darauf aufmerksam, dass wir in den Bewegungen des Augapfels und der Lider ein Mittel, Schlaf zu erzeugen, besitzen. Schon ein kräftiges, öfter wiederholtes Oeffnen und Schliessen der Lider erzeugt Müdigkeit und Schlaf. Combinirt man mit einem etwas verlängerten Schluss der Lider ein Aufwärtsbewegen des Augapfels, so ist der Erfolg ein rascherer und die Ermüdung keine so schmerzliche. Derselbe Erfolg tritt auch schon ein, wenn man das Auge einfach nach oben hebt. Die Ursachen dieser Wirkung sind complicirter Natur. Sie beruhen einmal auf der leichten Ermüdbarkeit der Augenmuskeln, zweitens auf der grossen Empfindlichkeit der sensitiven Nerven und vor allen des Auges, dessen Netzhaut ja gleichsam ein vorgeschobener Gehirntheil, und dessen Empfindlichkeit so gross ist, dass schon ein leichter Fingerdruck auf dasselbe ermüdend wirkt. Es erfährt aber bei diesen Bewegungen nicht nur die Retina einen gewissen Druck, sondern auch der Opticus einen mehr oder weniger starken Zug, mittels dessen ein wenn auch nur geringer Gehirndruck ausgeübt wird, der doch genügt, um Schlaf zu erzeugen. Ein Aufschlagen der Augen wird auch stets von einem lang angehaltenen Athemzug begleitet und dadurch das bestehende Ermüdungsgefühl gesteigert. Endlich entleert der wiederholte Lidschlag die Blutgefässe und verhindert damit eine Blutüberfüllung des Auges, die zur Bildung störender, subjectiver Sehempfindungen Veranlassung geben könnte. Der Erfolg ist um so frappanter, je ermüdeter das Gehirn ist. Wir besitzen daher in der schlafmachenden Wirkung der Augenbewegungen ein feines Reagenz auf die Reizbarkeit und Erschöpfbarkeit des Gesammtnervensystems.

G. Sepilli und *G. Riva,* Ueber Wirkung des Hyoscyamin und seine therapeutische Verwendung bei Geistesstörung. — Riv. sper. d. Fren. H. I. e II. e Arch. ital. 1880. H. IV.

In der sehr fleissigen, mit genauen Temperatur- und Pulsbeobachtungen auf's Sorgfälfigste ausgestatteten Arbeit legen *S.* und *R.* das Resultat ihrer Beobachtungen dar. Sie haben stets das *Merk*'sche Präparat benutzt und Lösungen von 1,0 : 100,0 Wasser, mit einigen Tropfen Alkohol versetzt, angewandt. An Hyoscyamin gaben sie dabei 0,005—0,01, meist einmal täglich. Doch haben sie auch 0,004 dreimal täglich und mehr gegeben und zwar einmal bis zu 0,03 per Tag. Nach ihren Erfahrungen übt Hyoscyamin auf den Verlauf der Geistesstörung — es handelte sich in den betreffenden Fällen immer um maniakalische Erregungszustände — wenig oder keinen Einfluss aus. Die Wirkung war individuell sehr verschieden und forderte zu grosser Vorsicht auf. Von grossem Nutzen erwies es sich dagegen als momentanes Beruhigungsmittel. Die Verfasser empfehlen es daher

auch besonders seiner leichten endermatischen Anwendung wegen als Hypnoticum in solchen Fällen, wo man Chloral nicht geben kann.

G. M. Bacon und *D. Hills*, Beobachtungen über die Anwendung von Hyoscyamin bei Geistesstörung. — J. of Ment. sc. Juliheft.

Bacon verwahrt sich auf's Entschiedenste gegen den Vorwurf, der Advokat irgend eines Mittels zu sein, empfiehlt aber dann in mehr wie beredter Weise das Hyoscyamin und seine Wirkungen. Er hat stets das reine *Merk*'sche Alkaloid verwendet und zwar hat er es innerlich in alkoholischer Lösung tropfenweise in Dosen von 0,02 gegeben Half es nicht in dieser Dose, so verdoppelte er sie, stieg aber nie über 0,075. In weniger als einer halben Stunde trat Schlaf von sechsstündiger Dauer ein. Es war *B.* stets von grossem Nutzen und wirkte besser als jedes andere Narcoticum bei acuter Manie, bei allgemeiner Paralyse, chronischen Erregungszuständen und auch beim Delirium tremens. Trotzdem dass er es Monate lang täglich 1—2 mal in Dosen von 0,045 gab, waren seine Nachtheile stets gering und vorübergehender Natur.

Hills hält das Mittel auch für sehr zuverlässig, besonders bei Manie, periodischer Tobsucht, und anderen Fällen akuter Aufregung schafft eine Dosis Ruhe ohne Nachtheile auf Appetit und Wohlbefinden. Doch giebt *H.* Behinderung des Sehens in Folge von Accommodationslähmung und schwankenden Gang zu. Er gab es 4—5 Monate!

Savage, Fall von Manie, durch Hyoscyamin gebessert. — J. of Ment. sc. April.

Ein Mädchen erkrankt 1879 nach geistiger Ueberanstrengung in der Form von periodischer Manie, ohne regelmässigen Typus. Am 14. Juni 1880 erhält sie Morgens und Abends 0,01 *Merk*'sches Hyoscyamin und wird danach sehr elend. Am 24. Juni abermals eine einzige Dose von gleicher Höhe und von da ab fortschreitende Besserung.

Gnauck, Sitzungsbericht der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie etc. Berl. kl. Wochenschrift No. 10. Hyoscyamin.

Nach *G.* ist die Wirkung des Hyoscyamin eine beruhigende und eine schlafmachende, beide Wirkungen können einzeln oder combinirt eintreten. In letzterem Fall tritt meist schnell Beruhigung und nach einigen Stunden Schlaf ein, nach dem die Beruhigung auch noch bis zu einem halben Tage anhält. Tritt nur Beruhigung ein, was das Häufigste, so hält diese meist nur einen halben Tag an, tritt bald oder sofort nach der Einspritzung Schlaf ein, so ist derselbe meist von kurzer Dauer und von Erregung gefolgt. Die

bei der Wirkung des Hyoscyamins eintretenden Nebenerscheinungen sind nach *G.* ungefährlich und die bekannten. Abgeschlagenheit, taumelnder Gang, Trockenheit im Schlund, Erweiterung der Pupille ad maximum. Bei längerem Gebrauch können hinzutreten unbedeutende Prostration, vorübergehende Blasenlähmungen, Appetitlosigkeit und Abnahme des Körpergewichtes. Schlechte Ernährung und schlechtes Allgemeinbefinden sind daher eine Contraindication gegen Hyoscyamin.

Die kleinste wirksame Dose beträgt nach *G.* 0,003, meist genügt 0,005 und sicher 0,01. Bei der individuell ungemein verschiedenen Reaction empfiehlt es sich immer mit kleineren Dosen anzufangen, besonders bei schwächlichen Personen nicht über 0,003 zu geben. Auch hält *G.* kleine und öfter wiederholte Dosen für wirksamer, als seltene und grosse (conf. *Savage*). In einigen Fällen bleibt, ohne erkenntliche Ursache die Wirkung aus, eine Steigerung der Dose mehrt dann die Erregung und führt selbst zu Delirien. Auf alle Angstzustände und vor allem die der Melancholie hat das Hyoscyamin keine Einwirkung. Da wo alle anderen Schlafmittel versagen, erweist sich das Hyoscyamin meist als ein gutes Hypnoticum.

Nach unseren Erfahrungen ist die Wirkung des Hyoscyamin individuell ungemein verschieden und unter Umständen nicht frei von ernsten Gefahren. Während einige selbst in der Ernährung herabgekommene Kranke das Mittel ohne jede Störung des Allgemeinsbefindens vertragen und unter seiner dauernden Anwendung sichtlich ruhiger werden und damit das Zerreissen lassen, werden andere, und zwar die Mehrzahl, danach sehr elend und selbst kräftige und gut genährte Männer klagen darüber, dass sie schon nach einer Injection von 0,005 wie zerschlagen und gelähmt seien. Bei anderen treten schon nach einer einzigen Dose von 0,005 auch ohne nachweisbare Herzaffection schwere Collapse und so bedenkliche Herzschwäche ein, dass es zu Lungenödem kommt und zur Hebung des Collapses Reizmittel bedarf. In einem weiteren Fall trat bei einem ziemlich kräftigen Mann, der an chronischer Manie litt und bei welchen Dosen von 0,005 wirkungslos geblieben waren, nach einer einmaligen Injection von 0,007 ein Zustand ein, der lebhaft an einen schweren paralytischen Anfall erinnerte. Wenige Minuten nach der Injection stürzte der Betreffende zusammen, es traten Stertorismus und Krämpfe in den verschiedensten Muskelgebieten ein. Dabei delirirte er fortwährend, reagirte aber auf Fragen noch mit kurzen Antworten, um dann sofort wieder in sein Delirium zu verfallen. Dieser Zustand dauerte fünf Stunden und ging in einen mehrstündigen Schlaf aus. Als innerhalb eines Zeitraumes von 24 Stunden dieselbe Dosis wiederholt wurde, trat derselbe Zufall ein, dauerte aber dies Mal anstatt fünf sieben Stunden. Dabei waren Herzthätigkeit und Puls viel schwächer und unregelmässiger wie das erste Mal. Endlich kommen Fälle vor, in denen bei einmaliger Anwendung eine vorübergehende Ruhe von wenig Stunden eintritt, eine jede nachfolgende Wiederholung des Mittels selbst bis zu 0,015 pro dosi aber absolut wirkungslos bleibt. — Referent.

Jewell, Natur und Behandlung des Kopfwehs. — The J. of Nerv. and Ment. dis. Jan. u. April.

J. verzichtet darauf, alle Formen von Kopfschmerz zu beschreiben und will nur die hauptsächlichsten behandeln. Die Kopfschmerzen sind von der verschiedensten Art und Entstehung und danach muss sich auch die Behandlung richten. Sie verbinden sich zunächst mit Affectionen der Dura mater, sowohl mit acuten, als auch mit subacuten, mit entzündlichen durch Sonnenstich und Trauma, und mit constitutionell durch Syphilis entstandenen. Diese Art des Kopfwehs charakterisirt sich dadurch, dass es lokalisirt ist und auf derselben Seite des Schädels besteht, wie die veranlassende Ursache. Es ist beständig und entwickelt sich allmälig. Seine Heilung ist schwierig. Ein Haupterforderniss ist Ruhe, daneben Ableitung vom Kopf, Opium und Jodkalium. Eine zweite Gruppe sind die vasomotorischen Kopfschmerzen mit ihren zwei Variationen, der Migräne und dem symptomatischen Kopfschmerz.

Erstere, die Migräne, kann entweder sympathicotonisch oder angioparalytisch sein, wie bekannt ist. Sie ist häufig erblich und durch Erblichkeit übertragbar und steht in engster Beziehung zu der Epilepsie. Sie ist eine Affection des Trigeminus und zwar in seinem Kerne.

Die symptomatischen Kopfschmerzen treten bei den verschiedensten Veranlassungen auf, wie Magenstörungen, Ueberanstrengung, Verstopfung, Schlaflosigkeit etc. und sind ebenfalls auf vasomotorische Störungen zurückzuführen. Sie sind nicht periodisch, selten acut, beiderseitig. Zu ihrer Hebung ist natürlich die Erforschung der Ursache nöthig. Mit Wegfall derselben schwinden auch sie. *J.* hält die Migräne weitaus in den meisten Fällen für heilbar, wenn auch die Kur langwierig ist und sich oft über Jahre hinaus erstrecken muss. Unter einem Jahr sollte man lieber jede Kur unterlassen. Zur Vermeidung der Anfälle giebt man da, wo der Kopf heiss ist, Bromkali 1,0—2,5 2—3 mal innerhalb 4 Stunden daneben Gelsemium, Aconitin, wo jenes nicht der Fall, Morphium mit Atropin, in steigenden Dosen, Coffein, Guarana und in besonders heftigen Fällen lässt man Chloroform einathmen. Den Schlaf erzeugt man durch Chloralhydrat. Daneben heisst es Ruhe einhalten. Wärme wird besser wie Kälte vertragen, gute Dienste thut auch der Galvanismus. Das eigentlich curative Verfahren besteht in der Verordnung einer leichten Diät, der Regelung des Stuhles, der Verhinderung von Congestivzuständen durch Ableitung mittels Senffussbäder. Ausserdem giebt *J.* monatelang Extract Cannab. indic., das er mit Eisen, Strychnin, Chinin und Ergotin verbindet und wechseln lässt. Das letztere erwähnt *J.* nur nebenbei, und giebt es als Unterstützungsmitel des Extract. Cannab. indic., das er besonders schätzt.

D. Duckworth, Ueber Schlaflosigkeit und andere Schlafstörungen bei Personen mit gichtischer Anlage. — Brain. Juli.

D. führt eine bestimmte Art der Schlaflosigkeit bei solchen Personen, die gichtische Anlage zeigen, auf diese Anlage zurück. Nach bestimmten Diätfehlern folgt eine schlaflose oder doch schlechte Nacht. Man wacht auf, fühlt, dass der Magen die Ursache ist, ohne dass dieser schmerzt. In besonders starken Fällen kommt es zu Uebelkeit und Erbrechen. Die Ursache der Störung ist Dyspepsie. Zuweilen verbindet sich diese Schlaflosigkeit mit anderen Aeusserungen der sehr vielseitigen Krankheit, halbseitigem Kopfschmerz, Angina, Lumbago, Krämpfen in den Beinen, Steifigkeit des Nackens u. s. w. Die Ursache dieser Störungen ist wahrscheinlich in dem Einfluss der Harnsäure zu suchen. Dass dieser Einfluss sich vorzugsweise in den Stunden von 11 Uhr Nachts bis 3 Uhr Morgens äussert, hat darin seinen Grund, dass in diesen Stunden die Temperatur am niedrigsten und die Nervenkraft am geschwächtesten ist. Auch andere Nervenleiden wählen mit Vorliebe diese Stunden, so die Neuralgie, Gastralgie, Epilepsie. Die Kur muss direct sich gegen die gichtische Diathese wenden, die Diät regeln, durch dünne Getränke und merkurialische Abführmittel die Excretion anregen, die Narkotica vermeiden.

A. Voisin, Behandlung der Geistesstörung. — Ann. et. Bull. de la soc. de méd. de Gand. Juni.

V. empfiehlt subcutane Injectionen von salzsaurem Morphium bei Geistesstörung besonders dann, wenn Schmerzen und unangenehme Sensationen sie begleiten oder einleiten. Also in den von *Schüle* als Dysphrenia neuralgica bezeichneten Fällen. Morphinismus hat *V.* nie danach entstehen sehen und entsteht derselbe seiner Ansicht auch nicht bei einer vom Arzt selbst methodisch geleiteten Kur. Die Toleranz gegen das Morphium ist sehr verschieden. Während einzelne Individuen bis zu 2 Gr. täglich, in zweimaliger Dose à 1 Gr., bedürfen, ertragen andere kaum einige Milligramm. Je grösser die Intoleranz, um so besser die Prognose. Leitet sich die Genesung ein, so tritt immer gegen die gegebene Dose Intoleranz ein.

J. Russel, Melancholie. — The Al. u. Neur. April.

Ein ganz allgemein gehaltener Vortrag über Melancholie, der nichts Neues enthält.

---

7. Circuläre, periodische und Gefangenschafts-Psychosen. Referent: Kirn.

A.

Karrer, Bemerkungen zur circulären Geistesstörung. — A. Ztschr. für Psych. Heft VI. p. 695.

Verfasser hält gleich früheren Autoren das circuläre Irresein für eine besondere Krankheitsform; er fasst unter diesem Begriff diejenigen Fälle zusammen, bei welchen ein regelmässiger Wechsel zwischen melancholischen oder stuporösen und maniakalischen Zuständen stattfindet, gleichviel ob derselbe ein continuirlicher ist, oder ob die einzelnen, aus melancholischen und maniakalischen Stadien zusammengesetzten Anfälle durch freie Zwischenzeiten von einander getrennt sind.

Er schildert 10 Jahre lang beobachtete Fälle, welche 6 weibliche und 4 männliche Individuen betreffen. 6 zeigten erbliche Anlage; bei 8 begann die Psychose mit einem melancholischen Zustande. Die Melancholie war in den meisten Fällen eine ziemlich hochgradige, die Manie 6 mal mit grosser Aufregung verbunden, oft mit Zügen moralischer Verkehrtheit gemischt; Wahnvorstellungen und Hallucinationen waren selten, die letzteren am häufigsten noch im melancholischen Stadium nachzuweisen. Sorgfältig und fortgesetzt vorgenommene Wägungen der Kranken führten zu folgendem Resultat: im melancholischen Stadium bald ein Sinken, bald ein geringes Ansteigen, im maniakalischen Sinken des Gewichts, wenn die Aufregung sich auf das psychische Gebiet beschränkt; Zunahme zur Zeit der eintretenden Beruhigung oder im Intervall. Hiernach scheint das Körpergewicht bei den circulären Psychosen das gleiche Verhalten wie bei anderen Störungen zu zeigen.

Pick, Beiträge zur Klinik der Geisteskrankheiten. — Arch. für Psych. u. Nervenkr. Bd. XI., Heft 1, p. 1.

Verfasser theilt in sehr eingehender Weise zwei Krankheitsfälle mit, welche in periodischer Weise Anfälle von Geistesstörung zeigten. Der erste zeigte das Bild der centralen Typosen mit kurzen Anfällen; anderweitige Erscheinungen aber, sowie der Charakter der Anfälle selbst bestimmen den Autor, dieselben als epileptoide Aequivalente (*Samt*) aufzufassen und hiernach den ganzen Fall zu beurtheilen. Im zweiten Falle entwickelte sich nach einem längere Zeit vorausgegangenen Zustand schwachsinniger Verrücktheit gleichfalls der Typus kurzer schwerer Anfälle aus mit maniakalischem Charakter. Verfasser erklärt diese Anfälle zwar mit den epileptoiden Aequivalenten verwandt, will sie aber doch vorläufig als eigenartig aufgefasst wissen. (Die interessanten Schilderungen und Erörterungen sind im Original nachzusehen.)

B.

Sur la législation relative aux aliénés dits criminels. (Fortsetzung.) Séances de la Société générale des prisons à Paris du 8 février, du 8 mars et du 12 avril.

Foville wünscht folgende gesetzliche Bestimmung angenommen: „Den Präfecten möge die Befugniss gegeben werden, diejenigen Verbrecher, welche wegen Geisteskrankheit durch richterliche Autorität freigesprochen seien, den Irrenanstalten zuzuweisen.“ Dadurch würde die Aufnahme aller verbrecherischen Irren in Anstalten, sobald dieselben gemeingefährlich seien, obligatorisch. Ferner sollte das Tribunal gesetzlich darüber entscheiden, ob und wann sie wieder aus den Anstalten entlassen werden könnten; wobei es den Internirten freistehen müsse, den Antrag auf Entlassung zu stellen. Weiter sollte der Staat die Verpflegungskosten der Betreffenden übernehmen.

Lunier pflichtet diesen Vorschlägen unbedingt bei.

Desportes glaubt, dass die Vorfrage dadurch am besten gelöst werde, dass die Geschworenen ihr freisprechendes Urtheil ausdrücklich mit dem Bestehen einer Geistesstörung motiviren sollten. — Von anderer Seite wird gewünscht, dass die Rathskammer die Entscheidung über die verbrecherischen Irren geben sollte.

Diesen Vorschlägen gegenüber stellt die Commission folgende Sätze auf: „Jedesmal wenn ein eines Vergehens oder Verbrechens angeklagtes Individuum wegen Geisteskrankheit freigesprochen worden ist, kann das öffentliche Ministerium, bei bestehender Gemeingefährlichkeit, dasselbe in eine Irrenanstalt verbringen lassen. Die Entlassung eines auf diesem Wege der Anstalt übergebenen Menschen kann nur mit Zustimmung des an Ort und Stelle wohnenden „Procureur“ der Republik und nach erhobener ärztlicher Expertise stattfinden. Verbrecher, welche erst nach ihrer Verurtheilung geistesgestört werden, können auf Antrag des Procureur in eine Irrenanstalt transferirt werden. Ein Verwaltungsreglement soll binnen Jahresfrist bestimmen, welche Anstalten für verbrecherische Irren ausgewählt, sowie ob bestimmte Abtheilungen hierfür bei den Straf- oder Irren-Anstalten errichtet werden sollen.“ — Diese Vorschläge wurden von der Versammlung angenommen.

Heimann, Zur Casuistik der Verbrecher-Psychosen. — Allg. Ztschr. f. Psych. Heft V., p. 578.

Verfasser schildert in eingehender und anschaulicher Weise die Geschichte und Krankheitszustände der im Jahre 1880 in der Berliner Irrenanstalt zu Dalldorf befindlichen geisteskranken Verbrecherinnen, welche bemerkenswerther Weise Alle (sechs) epileptisch (Epilepsie im weiteren Sinne genommen) oder hysteroepileptisch waren. Dieselben hatten ihre Vergehen

oder Verbrechen mehr oder weniger unter dem Einfluss ihrer epileptischen Psychose begangen, sie waren aber zum Theil längere Zeit für geistesgesunde Verbrecherinnen gehalten worden oder hatten mehrfache psychiatrische Begutachtung erfahren, bis ihr krankhafter Geisteszustand vollkommen klar gestellt war. (Bezügl. der interessanten Einzelbeobachtungen muss auf die Arbeit selbst verwiesen werden.)

Kirn, Kurze Mittheilungen über Gefängniss-Psychosen. — Allgem. Ztschr. f. Psych. Heft VI., p. 713.

Verfasser berichtet in seinem Vortrage cursorisch über 40 in der Strafanstalt beobachtete Fälle von Seelenstörung, welche er vom ätiologischen, klinischen und forensen Gesichtspunkt aus beleuchtet.

---

8. Progressive Paralyse und Psychosen mit Syphilis. Referent: Ripping.

Melendez, Dr., Locura Paralytica. Delirio Mixto, translated by *Joseph Workmann.* — Alienist and Neurol. Jan.

W. theilt hier einen von *Melendez* in der Revista Medico-Guirurgica of Buenos Aires unter der Bezeichnung „Megadomania" beschriebenen Fall von allgemeiner Paralyse mit, in dem Grössenwahnideen mit melancholischen und hypochondrischen Vorstellungen abwechselten.

Christian, M. J., Paralysie générale chez un imbécile. — Ann. méd.-psych. Jan.

Ein Imbeciller musste im Alter von 31 Jahren wegen einer maniakalischen Aufregung in Charenton aufgenommen werden, beruhigte sich bald und konnte dann wieder 22 Jahre lang in seiner Familie verpflegt werden. Um diese Zeit stellten sich dann alle Symptome von allgemeiner Paralyse bei ihm ein und er starb an einer Lungenblutung. *Ch.* betont die Seltenheit des Auftretens von allgemeiner Paralyse bei Imbecillen.

Mabille, M., Paralysie générale. — Ann. med.-psych. Jan.

M. beschreibt einen Fall von allgemeiner Paralyse bei einem 39 Jahre alten Manne, welcher in Baccho und Venere excedirt hatte, aber nicht syphilitisch inficirt gewesen war. Nach Application eines Haarseils im Nacken und Offenhalten desselben während drei Wochen besserte sich der

Zustand und der Kranke wurde nach 4 monatlichem Aufenthalte in der Anstalt anscheinend geheilt von seiner Familie zurückgenommen.

In demselben Journale Seite 69 wird ein Fall von Dämonomanie bei allgemeiner Paralyse mitgetheilt und auf das seltene Vorkommen der Dämonomanie bei dieser Form der Psychose hingewiesen.

Brunet, D., L'augmentation de fibrine dans la Péricérébrité. — Ann. med.-psych. Jan.

Nachdem *B.* als normalen Fibringehalt des Blutes 2,20—2,30 Grm. auf 1000 Grm. hingestellt und die Auffassung *Virchow's*, dass die Vermehrung des Fibringehalts bei entzündlichen Krankheiten die Folgen einer Veränderung der Lymphe sei, als unrichtig bezeichnet hat, theilt er eine Anzahl Blutuntersuchungen bei Paralytischen mit und kommt dabei zu folgenden Schlüssen: die allgemeine Paralyse, wie jede andere chronische Entzündung, bewirkt keine Vermehrung des Fibrins im Blute, wenn sie langsam verläuft; ja die Fibrinmenge kann sich in gewissen Fällen selbst vermindern. Eine Vermehrung dagegen tritt ein, wenn die entzündlichen Erscheinungen intensiv auftreten und sehr floride verlaufen; hier kann der Fibringehalt selbst bis auf 5 : 1000 steigen.

Wille, L., Die Aetiologie der fortschreitenden Paralyse der Irren. — Corresp. f. Schweizer Aerzte, No. 3.

W. erklärt, entgegen anderen Beobachtern, den Einfluss der progressiven Vererbung bei der Paralyse für einen bedeutenden; ebenso hat er bei seinen Beobachtungen gefunden, dass die erblichen Paralytiker, ebenso wohl wie die nichterblichen in den weitaus meisten Fällen bis zum Ausbruch der Paralyse bereits geistige sowie körperliche Abnormitäten zeigten. Nach einer geistvollen Parallele zwischen den extravaganten Lebensäusserungen der Paralytiker und den extravaganten Lebensäusserungen, Ansprüchen und Bestrebungen unserer modernen Civilisation kommt *W.* zu folgenden Schlüssen:

1) Dass in den gesellschaftlichen und den Lebensverhältnissen der Gegenwart überhaupt Keime enthalten seien, die schädigend auf unser centrales Nervensystem einwirkten und es daher zu einer späteren Erkrankung geneigt machten.

2) Dadurch dass dieselben reizend und schwächend auf dasselbe einwirken, sei es wohl gestattet, zwischen ihnen und der paralytischen Geistesstörung einen näheren Zusammenhang anzunehmen.

3) Es nähmen dadurch psychische Krankheitsprocesse, die sonst als einfache Störungen verlaufen wären, den paralytischen Charakter an.

4) Es sei in der Paralyse somit nicht eine eigentlich neue psychische Krankheitsform aufgetreten, sondern es habe sich ein Theil der früher als

einfache Psychosen verlaufenden Krankheitsfälle in solche schwereren Charakters verwandelt.

5) Man habe somit wohl die Berechtigung, die Paralyse in diesem Sinne als eine Krankheit unseres Jahrhunderts zu bezeichnen.

Schaefer, Ein Fall von Herderkrankung des Schläfenlappens. — *Erlenmeyer*'s Centralbl. für Nervenheilk. etc. No. 3.

S. theilt einen Fall von organischer Psychose mit, in dem als ganz besonders interessant folgende Erscheinungen beobachtet wurden. Nach einem apoplektischen Insulte, dem eine unvollkommene Lähmung der linken Körperhälfte folgte, zeigte es sich, dass, wenn Patient von der linken Seite her angesprochen wurde, er sich nach rechts wandte, als ob die Ansprache von der rechten Seite käme und dass er dabei, aufgefordert den an der linken Seite stehenden Sprechenden anzusehen, sich regelmässig im $^3/_4$ Kreise um seine Längsachse von links nach rechts drehte, anstatt die $^1/_4$ Wendung von rechts nach links zu machen. Sprach man ihn dagegen von der rechten Seite an oder rief man ihm von rechts aus zu: „Sehen Sie mich an", so reagirte er normal. Ebenso führt er das Commando „rechts um" und „links um" prompt aus. Diese Erscheinung verschwand nach einiger Zeit vollständig wieder. Später trat nach einer Anzahl epileptiformer Anfälle, welche eine deutliche motorische und sensible Parese der rechten Seite zur Folge hatten, die ganz analoge Erscheinung auf der rechten Seite auf Sprach man in sein rechtes Ohr die Aufforderung: „Sehen Sie mich an", so reagirte Patient consequent mit einer Drehung nach links resp. mit einer $^3/_4$ Kreiswendung von rechts nach links. Auch diese Erscheinungen schwanden nach etwa 8 Tagen wieder.

Bei der Section fand sich: Leptomeningitis chronica, Atrophie der Rinde, Herd im rechten Schläfenlappen, umschriebene Hyperämie der Pia des linken Schläfenlappens, Hydrocephalus internus, Atherom der Aorta.

S. führt nun, gestützt auf die Untersuchungen von *Munk*, *Wernicke* und *Kussmaul*, die erste Reihe der beobachteten Erscheinungen auf den Herd des rechten Schläfenlappens als des rechten Klangcentrums, und die zweite Reihe auf die auffallende Hyperämie an der unteren Fläche des linken Schläfenlappens mit der bei der mikroskopischen Untersuchung hier gefundenen abnormen Gefässfüllung, Gefässvermehrung, Vermehrung der Spindelzellen und Veränderung des Inhaltes einer grossen Zahl von Ganglienzellen zurück.

Ringrose, A., Case of paretic Dementia etc. — Brain. April.

Ein 44 Jahre alter Mann, ohne besondere ätiologische Momente, wurde nach wiederholten Anfällen von Hemiplegie mit Aphasie, die jedesmal ganz wieder verschwanden, zunächst gedächtnissschwach und dann in Folge von lebhaften Verfolgungsideen in so hohem Grade aufgeregt, dass er der Irren-

anstalt übergeben werden musste. Bei der Aufnahme zeigten sich weder motorische noch sensible Störungen. Nachdem er geistig rasch verblödet, bekam er eines Tages zuerst clonische Krämpfe im linken Arm und der linken Gesichtshälfte, später in weit geringerem Grade auch in der rechten Hälfte. Seitdem blieb eine Schwäche des linken Armes, Zittern der Lippen und Sprachstörungen. Bei der Section fand sich Leptomeningitis, diffuse und starke Atrophie des hinteren Theils der rechten oberen Frontalwindung, geringe Atrophie der gleichen linken Frontalwindung.

Bevan, W., Teachings of the Sphygmograph in General Paralysis of the Insane. — J. of ment. Sc. Apr.

L. untersuchte 40 Fälle von Paralyse sphygmographisch und fand, dass man sie in 2 Gruppen theilen konnte. In der ersten, der kleineren, Gruppe war der Puls dicrot und es stieg die Elevationslinie meist vertikal bis zu mässiger Höhe empor und war auf der Höhe leicht abgerundet, dann fiel sie in einzelnen Fällen etwas plötzlich ab, in anderen zog sie sich zu einer abgerundeten Spitze aus. In der zweiten grösseren Gruppe war der Puls dicrot, die Elevationslinie äusserst flach und schräg aufsteigend, die Schwellungslinie hervorragend, stark convex, ja in vielen Fällen geht die Ascensionslinie so vollkommen in die Schwellungslinie über, dass gar nicht zu sagen ist, wo die eine aufhört und die andere anfängt.

Mickle, J., On General Paralysis of the Insane consecutive to locomotor Ataxy. — Lancet 21. und 28. Mai.

M. beschreibt einen Fall bei einem 43 Jahre alten, durch Extravaganzen in Baccho et Venere geschwächten Manne, in dem nach 5 Jahre langem Bestehen von Ataxie locomotrice, ohne Spuren psychischer Alteration, wahre allgemeine Paralyse auftrat, die erst nach wiederum vierjährigem Bestehen mit dem Tode endigte.

Arndt, Fall von allgemeiner Paralyse. — Deutsche medicinische Wochenschrift No. 5.

Verfasser theilt einen Fall mit, in dem ein in der Schlacht bei Königgrätz durch einen Hufschlag am Kopfe verwundeter Pferdeknecht 10 Jahre später an allgemeiner Paralyse erkrankte. In der Zwischenzeit war er mit Ausnahme von heftigen Schmerzen, welche von Zeit zu Zeit namentlich in der heissen Jahreszeit in der Narbe auftraten, im allgemeinen gesund, doch geistig etwas einfältig erschienen. Bei der Aufnahme in die Irrenanstalt war die Narbe auf Druck sehr empfindlich und zwar so, dass er durch Druck auf dieselbe stets aus seinen Grössenwahndelirien herausgerissen werden konnte; er äusserte bei solcher Gelegenheit wohl, das sei ja die Stelle, von

der aus er immer krank geworden sei. Nach Einreibung von grauer Salbe in die Umgebung der Narbe, Application fliegender Vesicatore im Nacken und innerlicher Darreichung von Jodkali genas er und war auch nach 5 Jahren noch gesund.

Montagu Handfield Jones, An obscure case of Brain-Disease. — Brain. Part XII. Januar.

H. fand in einem Falle von melancholischer Paralyse bei der Section ein Hämatom über den Grosshirnhemisphären. Bei der mikroskopischen Untersuchung der grösseren Arterien an der Hirnbasis fand er die innere Haut derselben krankhaft verändert. Es fanden sich dort die Bindegewebszellen zwischen der Epithelschicht und der Membrana fenestrata proliferirt und übergewuchert. Aus diesem Befunde glaubt *H.* unter Hinweis auf *Heubner's* Untersuchungen die Affection für eine syphilitische halten zu müssen.

Lechner, Zur Pathogenese der Gehirnblutungen der luetischen Frühformen. — Jahrb. für Psych. II. Bd. Heft II. und III.

L. theilt in dieser ausführlichen und sorgfältigen Arbeit unter Benutzung aller bisherigen Literatur über diesen Gegenstand seine Beobachtungen und Untersuchungen mit und kommt dabei zu folgenden Schlussresultaten:

1) Als ätiologisches Moment der luetischen Hirnblutung, gleich wie jeder — durch anderweitige Ursachen erzeugten — intracraniellen Hämorrhagie, ist nur die Drucksteigerung im Blutgefässsystem in Verbindung mit Wanderkrankungen der betreffenden Arterien und Capillaren zu betrachten.

2) Die Syphilis der frühesten Secundärperiode erscheint häufig nicht nur in Begleitung von — mit intravasaler Spannungszunahme verbundenen — Hyperämie der Haut, Schleimhäute und Visceralgewebe, sondern auch des gesammten Schädelinhaltes oder Rückenmarkcanals.

3) Die luetische Gefässerkrankung (welche Verfasser in die Gefässschichten der Arterienwandungen verlegt und von der er auch keine besondere specifische Eigenschaften, gegenüber anderen Formen der Arteriitis, zu berichten weiss. Der Ref.) ist eine beinahe constante Begleiterscheinung aller specifischen Localisationsherde dieser Krankheit, und kann sowohl im Initial-Schanker, in den Hautsyphiliden, Schleimhautaffectionen und Eingeweideerkrankungen nachgewiesen werden.

4) Das in Folge der Syphilis-Virulenz zu Stande gekommene zweifache ätiologische Moment, nämlich der hyperämisch erhöhte arterielle und capillare Blutdruck in Gemeinschaft mit der Gefässalteration, vermag wahre Blutergüsse in das Nachbargewebe der betheiligten Gefässbezirke zu produciren.

5) Die luetische Hirnhämorrhagie kann schon in der frühesten sogenannten Eruptionsperiode der Syphilis zur Geltung kommen.

6) Als Ursache des centralen Auftretens der frühesten luetischen Gehirnblutungen kann nur die vasomotorische Anordnungsweise des Hirnarteriensystems beschuldigt werden.

7) Die Entwickelung dieser Blutergüsse geschieht nur auf dem Boden eines durch Gelegenheitsursachen erzeugten Locus minoris resistentiae; letztere sind meistens die Vasa vasorum.

8) Es treten Hirnblutungen im Secundärstadium der Syphilis nur bei solchen Personen auf, bei denen eine allgemeine Disposition zur Miliaraneurysmen-Bildung vorhanden ist.

9) Der secundärluetischen Hirnblutung kann häufig auch eine Erweichung nerkotischen Charakters vorausgehen oder dieselbe begleiten, was auf einer gemeinschaftlichen Ursache in der Entstehung beider pathologischen Veränderungen beruht.

10) Die Hämorrhagie dieser Periode tritt fast ohne Ausnahme als Initialerscheinung der Hirnerkrankung auf.

11) Zu Recidiven scheinen die fraglichen Blutergüsse wenig Neigung zu zeigen, da die pathologischen Processe, denen sie ihre Entstehung verdanken, nur sehr kurze Zeit auf jener Entwickelungsstufe verharren, die der Hämorrhagiebildung günstig bleibt.

12) Diese Blutaustritte kommen vornehmlich nur im jugendlichen Lebensalter zum Entstehen, wobei das männliche Geschlecht eine grössere Disposition zeigt.

Riva, La temperatura nella paralisi generale degli alienati. — Arch. ital. Heft VI. 1880.

Der Verf. kommt durch seine Untersuchungen, die er auf dem Congress zu Reggio vorgetragen hat, zu folgenden Schlussfolgerungen:

1) Mit der Entwicklung der typischen progressiven Paralyse ist Temperatursteigerung verbunden.

2) Die höchste Temperatursteigerung ist stets noch eine mässige; der Verlauf der Temperaturcurve ist unregelmässig, und die Temperatursteigerung hat keinen typischen Charakter.

3) Der Grad der Temperaturerhöhung steht in directem Zusammenhang mit den Allgemeinbedingungen des Organismus.

4) In den anderen Formen der allgemeinen Paralyse, spontanen oder consecutiven, steht die Temperatur und deren Schwankungen im engen Zusammenhang mit dem Stand der Ernährung des Individuums, mit dem psychischen Zustand und mit dem Auftreten von apoplectiformen und epileptiformen Anfällen.

5) Die Cerebral-Thermometrie beweist, wie in Congestivzuständen die Temperatur des befallenen Organs die Allgemeintemperatur übersteigen kann.

6) Die Zunahme der Temperatur in der progressiven Paralyse ist lediglich gebunden an den meningo-encephalitischen Process. *S.*

Sepilli e *Riva,* Paralisi generale a forma senili con aneurismi miliari della corteccia. — Riv. sper. di Freniatr. Heft I. u. II. 1880.

Krankengeschichte einer Altersparalyse mit Sectionsbericht und Angabe des mikroskopischen Befundes. Starke Trübung und Verdickung der Pia. Adhärenz mit Rinde, vorzüglich am Stirnhirn und den Occipitallappen. Aneurysmen der mittleren und kleinen Meningealgefässe, wie auch Aneurysmen in der Hirnrinde. — Bedeutende atheromatöse Entartung der Basalgefässe.

Aus dieser Beobachtung stellen die Verf. folgende Schlüsse auf:

1) Die cerebralen Aneurysmen können das Product einer Endoarteriitis der kleinen Gefässe und sind wahre oder dissecirende Aneurysmen; ferner können sie zu Stande kommen durch Dilatation der Gefässwandung oder auch durch eine Anhäufung von Blut in den lymphatischen Räumen.

2) Die Anwesenheit von cerebralen Aneurysmen, die Hyperplasie des Bindegewebes im Gehirn, die fettige Degeneration und Pigmentirung der Ganglienzellen, die diffuse Atheromatose können betrachtet werden als die charakteristischen anatomischen Merkmale der Altersparalyse.

3) Die hauptsächlichsten klinischen Unterscheidungsmerkmale der Altersparalyse von den anderen Formen der allgemeinen Paralyse sind: der atheromatöse Puls, die geringe Intensität der apoplectiformen Anfälle, die geringe Neigung zu Temperatursteigerung und der Mangel periodischer Temperaturerhöhung, welche durch Zunahme des meningo-encephaltiischen Processes zu Stande kommt; der progressive Blödsinn ist verbunden mit vagen Delirien, ohne jede Spur von Grössenwahn oder sonstigen Ideen expansiven Charakters. *S.*

---

9. Hysterische, epileptische, moralische Geistesstörung. Referent: Stark.

Chambord, E., Hémichorée et Hémitremblement Hystériques. — L'Encephale No. I.

Beschreibung eines Falles von Hystero-Epilepsie mit halbseitigen Choreaanfällen.

Gauché, Hysterie avec Somnambulisme. — L'Encephale No. I.

G. beobachtete bei einem hystero-epileptischen Kranken zahlreiche Anfälle von spontanem Somnambulismus (magnetischem Schlaf), welche ausführlich beschrieben werden. *St.*

Bayé, Epilepsie avec aura sous forme de nausées. — l'Encephale No. I.

Bei einem seit Jahren epileptischen Potator, bei welchem die Anfälle den Charakter des petit mal angenommen hatten, stellte sich constant unmittelbar vor den Anfällen eine von dem Magen ausgehende Aura ein. Dieselbe bestand in lebhaftem Ekelgefühl, welches aber nie zu Erbrechen führte. *St.*

Saundby, Hysteria in the male sex. — Med. Times and Gaz. 1. I.

Verf. führt einen von *Bourneville* und *d'Olier* veröffentlichten Fall (Progrès médical vom 20. u. 27. Oct. 1880) von Hysteroepilepsie bei einem 13jährigen Knaben an; derselbe zeigte Hemianästhesie der rechten Seite, Alteration der verschiedenen Sinne, partielle Farbenblindheit. Zahlreiche hysterogene Zonen waren vorhanden. Die Anfälle waren epileptiforme, denen eine Aura vorausging, steigerte sich von tonischen Krämpfen zu clonischen und zu Delirien. Das Bewusstsein war nie getrübt. — Metallotherapie war erfolglos. — Heilung erfolgte durch Douche.

An diesen Fall anschliessend giebt *S.* die Krankengeschichte eines von ihm beobachteten Falles. — Patient, 30 Jahre alt, verheirathet, Anstreicher; kommt in poliklinische Behandlung, über Schmerzen in Brust und Schultern klagend; am Zahnfleisch zeigt sich eine graue Linie. Diagnose wurde auf Bleivergiftung gestellt. — Bei genauer Erhebung der Anamnese ergab sich: Vater an Apoplexie gestorben, sonst keinerlei erbliche Belastung. Als Kind keine Krämpfe. Im erwachsenen Alter Anfälle, die der Kranke selbst hysterische nennt, in unbestimmten Pausen auftretend, oft mehrere Monate ganz frei davon. Bei den Anfällen vollständig bewusstlos, danach Schwindelgefühl. — Im Verlauf der Behandlung wurden nun verschiedene nervöse Erscheinungen beobachtet, Cyanose, krampfhafte Contractur, Anästhesie, hauptsächlich nur des linken Armes. — Anwendung von Metallotherapie, deutlicher Transfert. — Anwendung des constanten Stromes erfolglos. — Faradisation zeigt normale Reaction. — Bei längerer elektrischer Behandlung schwinden die nervösen Symptome, treten jedoch zuweilen verstärkt wieder auf. Heilung wird nicht erzielt; es tritt lediglich Besserung betreffs der Contractur in der linken Hand ein. *Schuchard.*

Burq, Aphonie hystérique datant de deux années. *Guérison,* par l'application d'un collier de cuivre. — Gaz. des hôp. No. 49.

Bei Frl. X. trat plötzlich hysterisches Bellen auf, dem in 6 Monaten vollständige Aphonie mit Anfällen von Somnambulismus folgte. Es wurde sehr lange erfolglos Eisen gereicht. *B.* applicirte nun um den Hals ein aus 5 Kupferscheibchen bestehendes Collier, auf das unter Auftreten von

Wärme und Röthung der Haut in 10 Minuten die Sprache langsam wiederkehrte. Als Pat. anderen Tages wieder stimmlos erwachte und das Collier gebrauchte, kehrte die Stimme unter so heftigen nervösen Erscheinungen wieder, dass sie es schnell entfernen musste. Die Stimme blieb. Eine linksseitige Anästhesie verschwand auf Tragen von Kupfergeld unter den Strümpfen. Die Kur wurde mit innerlichem Gebrauch von kupferhaltigem Mineralwasser und nächtlicher Application von Kupfer auf dem Arm beendet.

Dumontpallier erzielte auf dieselbe Weise bei einem ähnlichen Fall denselben Erfolg.

B. betrachtet solch hysterische Aphonien als Amyosthenie der Stimmbänder resp. deren Muskeln und führt den Erfolg des Colliers auf die Wirkung der Kupferapplication bei Amyosthenie zurück. *Fanzler.*

Bornemann, Zur psychischen Behandlung hysterischer Motilitätsstörungen. — Berl. klin. Woch. No. 22.

Richter, Entgegnung auf die Abhandlung von *Bornemann,* „Zur psych. etc.“ — Berl. klin. Woch. No. 25.

Trotzdem, dass die Hysterie nicht mehr als eine von functionellen Geschlechtsleiden abhängige „consensuelle“ Neurose betrachtet wird, und Erfolge von psychischer Behandlung, namentlich hysterischer Lähmungen schon verzeichnet sind, ist diese noch immer nicht genug gewürdigt. Die psychische Behandlung soll gegen den Willen gerichtet sein und besteht entweder in plötzlicher, momentaner Anregung des Willensimpulses (Shok, Ueberraschung) oder in allmäliger Einwirkung auf den Willen des Pat. *Levinstein* lässt nur eine Functionsstörung des Centrums zu, und führt als diagnostisches Moment Fehlen trophischer Störungen, intacte elektromusculäre Reizbarkeit der gelähmten Theile, Fehlen von Decubitus an, während *Richter* noch eine Categorie aufstellt, in der auch functionelle Erkrankungen, Ernährungsstörungen der Leitungsbahnen des Willens (Rückenmark) vorkommen, deren Behandlung durch örtliche Elektrotherapie und Wasserheilmethode wesentlich unterstützt wird. Verf. tritt der Ansicht *Levinstein*'s bei und möchte die Annahme von Ernährungsstörungen der Leitungsbahnen wenigstens als primäre Erscheinung überhaupt ausschliessen und betrachtet auch die Elektricität als überflüssig. *R.* muss seine Behauptung, die Hysterie sei eine cerebrospinale Neurose, aufrechterhalten, führt die bei Hysterie so häufigen Rückenschmerzen, Empfindlichkeit der Wirbel und die durch Druck auf die Wirbelsäule bei solchen Pat. hervorgerufenen Krämpfe in den Extremitäten an und meint, dass kein Grund vorhanden wäre, warum durch die allgemeinen hysterischen Veränderungen (Anämie, Scrophulose etc.) dann bei Hereditariern das Rückenmark nicht ebenso gut und ebenso schnell erkranken würde als das Gehirn.

B. erwartet den besten Erfolg der psychischen Behandlung bei Störungen solcher Organe, deren Functionen hauptsächlich vom Willen ab-

hängen (Extremitäten, Sprachorgane), dann bei Kindern, deren Psyche durch Andere leicht zu beeinflussen ist. Folgender Fall ist geeignet, die Exactheit des Heilerfolges dieser Behandlung klar zu legen: H. M., 33 J. alt, wurde 1866 nach einem heftigen Schrecken plötzlich von rechtseitiger Parese und Anästhesie befallen, die seither trotz Behandlung, mit transitorischer Aphonie, Schwäche des linken Beines, Rückenschmerzen, Oppression und Krampfanfällen verbunden, zeitweise noch immer wiederkehrten. 1880 in *Westphal's* Anstalt: Aphonie, Nachschleifen des linken Beines, Schmerzen in der Gegend der mittleren Rückenwirbel, 4—5 Rückenwirbel empfindlich. Sensibilität und electromusculäre Reizbarkeit intact, Kniephänomen vorhanden. Es wurden nach dem Commando Uebungen im Gehen, bald auch im Treppensteigen gemacht, dann Sprachübungen, zuerst unter Einführung des Kehlkopfspiegels, dann ohne selben, und der Erfolg war, dass Pat. in 4 Wochen entlassen werden konnte, nachdem Lähmungserscheinungen und Aphonie vollständig beseitigt und auch die übrigen Erscheinungen zum Theil verschwunden, zum Theil sehr gebessert waren. *Fanzler.*

Leidesdorf, Beitrag zur Kenntniss der Epilepsie. — Wien. med. Woch. No. 2.

Verf. bespricht in seinem Vortrag die psychischen Störungen bei Epilepsie, ohne wesentlich Neues zu bringen. *St.*

Bourneville, d'Olier u. *Brissaud,* Contribution à l'étude de la démence epileptique.

Ausgehend von der bekannten Thatsache, dass sich bei gleichem klinischen Krankheitsbilde in manchen Fällen von epileptischem Blödsinn keine nennenswerthen pathologisch anatomischen Veränderungen finden, während in anderen schwere anatomische Störungen nachgewiesen werden können, beschreibt *Bourneville* 8 Fälle von epileptischem Blödsinn, und zwar 2 Fälle mit negativem Sectionsresultat, und 6 Fälle, in welchen sich gröbere Veränderungen fanden. Die Fälle scheinen mir für den Zweck des Verf. nicht glücklich gewählt, da in der II. Gruppe mehrere Kranke beschrieben werden mit complicirteren psychischen und nervösen Symptomen. In Fall IV. z. B. scheint mir bei der Kürze der Beschreibung die Möglichkeit nicht ausgeschlossen, dass es sich um eine unregelmässig verlaufende progressive Paralyse bei einer Frau gehandelt habe. Mikroskopisch wurden nur 3 Fälle der zweiten Gruppe untersucht, aber kein Fall der ersten Gruppe (negative Sectionsresultate). Es fanden sich ganz ähnliche Veränderungen wie bei progressiver Paralyse, nämlich: Verwachsungen zwischen Pia und Rinde, Verdickung der Neuroglia der Rinde, zahlreiche Spinnenzellen und Kernwucherung in der weissen Substanz, Erweiterung der Lymphscheiden an den Gefässen und Kernwucherung an den Capillaren. Den Unterschied

zwischen diesem Befund und dem Befund bei Paralyse findet *B.* darin, dass die Veränderungen der Rinde sich wesentlich auf die innerste Schicht und die weisse Substanz beschränkten, während sie bei der Paralyse vorwiegend in den äusseren Rindenschichten vorkämen, ferner in dem Fehlen miliarer Aneurysmen. *B.* glaubt, dass es sich in solchen Fällen um eine specielle Form der Epilepsie handle. Da aber eine mikroskopische Untersuchung auch der Fälle mit negativem Sectionsresultate nicht vorgenommen wurde, so scheint mir der Beweis für die Richtigkeit dieser Annahme noch nicht erbracht. *St.*

Sahlmen, Ein Fall von Schlafsucht (Lethargus) bei einem 26jähr. Mädchen. — Berl. klin. Woch. No. 7.

Ein bis dahin gesundes Bauernmädchen, welches eine epileptische Schwester hat, bekam im 22. Jahre epileptische Anfälle, welche nach 1 Jahr wieder verschwanden. Im 26. Jahre (März 1880) Klagen über trockenen Husten, Müdigkeit, vage Schmerzen. Linkes Ovarium bei Druck schmerzhaft, Fluor albus, Retroflexio uteri. Nach monatelang wechselndem Befinden treten seit Nov. krankhafte Schlafanfälle ein, mit tonischen Contracturen einzelner Muskeln, weiten, reactionslosen Pupillen, erloschener Sensibilität, zeitweise starker Transpiration. Beim Erwachen knüpft der Gedankengang an den Gegenständen an, welche die Kranke vor Eintritt des Schlafes beschäftigten. Die Dauer der Anfälle schwankte Anfangs zwischen 12—22 Stunden. Vom 27. Dec. an schlief Pat. 11 Tage ununterbrochen. Sie machte in dieser Zeit einen weiteren Transport durch, ohne zu erwachen. Seitdem verbringt Pat. $^2/_3$ der Tageszeit in cataleptiformem Schlaf.

Aetiologisch legt *S.* neben der Anämie und der früheren Epilepsie das Hauptgewicht auf die vorhandene Hysterie. *St.*

Weibel, Zur Diagnose der epileptischen Aequivalente. — Corr.-Bl. für Schweizer Aerzte. No. 7.

Verf. resümirt kurz die Ansichten und Arbeiten von *Morel, Falret, Trousseau, Hammond, Griesinger, Samt* und *Nothnagel* bezügl. der spec. Natur des epileptischen Irreseins, citirt *Krafft-Ebing*'s Fälle von epileptoiden Dämmer- und Traumzuständen, *Emminghaus, Westphal* und *Fischer*'s als Aequivalente epilept. Anfälle aufgefassten Fälle von Schweissparoxysmen und mit Aura und nachheriger Amnesie verbundenen Schlafzuständen, *Weiss*' Fälle von psychischer Epilepsie und schliesst sich endlich auf Grund des von ihm beobachteten und nun folgenden Falles, im Gegensatz zu *Schüle*, der Ansicht *Krafft-Ebing*'s an, dass die psychischen Insulte oder die sogen. Aequivalente nicht nur gleichwerthige Zeichen epilept. Neurose sind, sondern dass unser klinischer Begriff der Epilepsie wahrscheinlich noch erweiterungsfähig sei, da bei demselben Individuum sowohl combinirt als auch abwechselnd verschiedene Aequivalente beobachtet werden können.

Ein 17jähr. Mädchen, hereditär, viel an Kopfschmerz leidend, vor

2 Jahren von einem nicht tollen Hunde gebissen und kurz vor seiner Aufnahme auf der offenen Landstrasse bewusstlos zusammengestürzt, wurde plötzlich von einer 4 Tage währenden, durch Kopfschmerz, Delirien, Hallucinationen, Anästhesie und Erinnerungsdefect charakterisirten psych. Störung befallen, die sich paroxysmenartig alle 2—20 Tage, mit kurzer Aura, Stupor und Traumzuständen verbunden und von compléter Amnesie gefolgt wiederholte, und zur Diagnose: epileptische Geistesstörung führte. In den Intervallén normales Befinden, intactes Bewusstsein. Nach $^1/_2$ Jahr anstatt der vorwiegend psych. Störung Andeutung von motorischen Störungen mit ebenfalls aufgehobenem Bewusstsein, dann plötzlicher Paroxysmus mit cumulirten Anfällen von Bewusstlosigkeit, Jactation, Beissversuchen, frequenter Respiration, Herzklopfen, Anästhesie, wieder von completer Amnesie gefolgt. Die sich 1—2 wöchentlich wiederholenden Anfälle wurden nun während einer Bromkalibehandlung nicht nur seltener, sondern äusserten sich auch nur mehr als leichte motorische Reflexacte mit dem Charakter intendirter Bewegungen, gefolgt von completer oder theilweiser Amnesie, dann als Paroxysmen ohne motorische Störungen als rein psychische, um dann ganz zu sistiren. Nach 3 Mon., von Prodromen eingeleitet, plötzlich ein neuer Beissanfall mit Jactation etc.; wiederholtes Auftreten desselben, zeitweise substituirt durch leichte Dämmerzustände (Schwindel, Angst etc.) oder heftige psychomotorische Paroxysmen mit impulsiven Handlungen, als Gewaltthätigkeit, Zerstörungstrieb, Selbstmordversuchen. Zugleich Eintritt intervallärer hysterischer Symptome mit Tentamen suicidii. Nach einer nur wenige Monate währenden Intermission und Verschwinden der intervallären Krankheitssymptome abermaliges Auftreten wiederholter Anfälle in derselben Mannigfaltigkeit als früher, jedoch ausser leichter Neigung zu psychischer Depression ohne interparoxysmelle Erscheinungen. Clonisch-tonische Krämpfe wurden nie beobachtet.

Der 2 Jahre vorausgegangene Biss eines Hundes und die Art des Auftretens der Anfälle könnten an eine von den durch die Narbenbildung und dauernder Zerrung in einen Irritationszustand versetzten subcutanen Nervenästen ausgehende Reflexneurose denken lassen; da jedoch durch Druck auf die Narbe kein Paroxysmus eingeleitet werden konnte, die Aura nicht constant, und die Anfälle auch nicht gleichförmig erschienen, will Verf. die periph. Nervenverletzung als ätiologisches Moment in diesem Falle nicht gelten lassen, sondern vermuthet eher eine Einwirkung menstrualer oder psychischer Erregungszustände als occasionelle Ursache. Trotz der intercurrenten hysterischen Erscheinungen kann der Symptomencomplex keinen Anspruch auf die Bezeichnung „Hystero-Epilepsie" (*Charcot*) machen und kann blos als eine mit vorübergehender Hysterie complicirte Epilepsie betrachtet werden. Die rein epileptische Natur der Krankheit ist durch die den Paroxysmen fast ausnahmlos folgende complete Amnesie, durch das cumulative Auftreten und das während der Pause zwischen den cumulirten Anfällen getrübte Bewusstsein charakterisirt.

Die trotz langer Krankheitsdauer unbeeinträchtigte Intelligenz gehört bei der unter Form von psychischen Aequivalenten verlaufenden Epilepsie zur Regel. *Fanzler.*

Finger, Zerreissung des Frenulums. Blutstillung durch die Naht. Epileptischer Anfall. — Wiener med. Woch. 23.

Bei einem 27jähr. Manne, der sich gelegentlich eines Coitus am Frenulum verletzte, wurden die Wundränder wegen sehr heftiger parenchymatöser Blutung durch 3 Nähte vereinigt. Darauf, theilweise in Folge des bedeutenden Blutverlustes, Ohnmachten, zu denen sich bald tonisch-clonische Krämpfe der ganzen Körpermusculatur, stertoröses Athmen, starre Augen, mittelweite Pupillenstarre, dann auch Trismus und mimische Krämpfe hinzugesellten. Bewusstsein war nicht ganz getrübt. Da Cyanose und Behinderung der Respiration bedrohlichen Charakter annahmen, wurden versuchsweise die Nähte entfernt, worauf plötzlich alle Erscheinungen sistirten und auch das Bewusstsein vollkommen zurückkehrte. *F.* betrachtet die Erscheinungen als epileptischen Anfall, und meint, da Epilepsie auf Anämie der Medulla obl. (*Kussmaul, Tesmer*) oder des Pons (*Nothnagel*) beruht, und peripher. Reizung centripetaler Nerven Gehirnanämie bedingen, könnte auch dieser Anfall auf eine, durch die gezerrten und gereizten Nervenästchen des genähten Frenulums reflectorisch bedingten Anämie der durch die vorangehende Blutung ohnehin schon anämisirten, erwähnten Gehirntheile zurückführbar sein. *Fanzler.*

Frank, Zur Casuistik der Epilepsie. — Wiener med. Presse. No. 25—26.

Von den mitgetheilten Fällen sollen die beiden ersten ein Beitrag zur Aetiologie sein, die beiden letzteren jedoch einen Beweis liefern, wie arg es noch mit der Therapie resp. der Heilbarkeit der Epilepsie derzeit bestellt ist.

1) Ein 16jähr. Mädchen hatte während eines Tages 2 Anfälle, die jedoch Verf. nicht weiter präcisirt; Mutter und Tante hatten zur Zeit des ersten Menstruationseintrittes ähnliche Anfälle, die dann nicht mehr wiederkehrten, als die Menstruation sich eingestellt hatte. Auch in diesem Falle war es so. 2) Bei einem 42jähr. Manne traten 14 Tage nach einem apoplectischen Anfall täglich fast 200 Anfälle von epileptiformen Krämpfen auf, jedoch ohne gänzliche Bewusstlosigkeit; sie währten beinahe 14 Tage und hörten erst 8 Tage vor dem Tode auf, nachdem sich auch Nackenstarre und Contractur der Körpermusculatur, dann auch Decubitus entwickelte. (Keine Section?) 3) F. F., 19 J. alt, bekam im 8. Monate Fraisen; die Anfälle wiederholten sich oft 10—12 mal täglich und hörten trotz Consumirung von im Ganzen 8 Kilogramm Bromkalium und 20 Grm., sage 20 Gramm Atropinum sulf. bis jetzt noch nicht auf. Pat. ist zwar schon sehr elend, hatte

jedoch noch keine Spur von Bromexanthem. 4) Fr. R., 32 J. alt, hatte im 13. Lebensmonate einen einzigen Fraisenanfall; im 19. J. das erstemal von Epilepsie befallen, wiederholten sich die Anfälle trotz Behandlung 4 J. lang 3 wöchentlich regelmässig Morgens 4 Uhr, wurden dann sogar häufiger. Er nahm endlich Zuflucht zu Geheimspecialisten (Dr. *Killisch*, Dresden) und nahm so die letzten 14 Monate hindurch Atropin, dann ein Medicament, das nach der Analyse nichts als Bromkali enthielt. Im Ganzen wurden auf diese Weise 2552,0 Grm. Bromkali und beiläufig 2,4 Atropin genommen, worauf zwar eine colossale Furunculosis auftrat, wodurch das Leiden jedoch nicht geheilt wurde. *Fanzler.*

Bornemann, Ein Fall von reflectorischen Zuckungen. — Berl. klin. Woch. No. 17.

Bei A. G., einem 8jähr. Mädchen, erfolgt auf jeden leichten, auf die Schädeldecken applicirten Schlag eine Zuckung der oberen Extremität, vorzugsweise des Oberarmes, die zuweilen in einer zweiten erheblich schwächeren abklingt. Die Zuckung ist am stärksten bei Schlag auf die Mitte der Pfeilnaht und löst sich nach Aussage ihres Vaters zuweilen auch von den Fingerspitzen aus. Der Schädelumfang des Kindes beträgt 50 Ctm. — Fontanellen sind geschlossen. Ausser leichtem Strab. converg. nichts Pathologisches; psychisch gesund. Die Erscheinung ist seit Geburt. — Es wurde eine Zeit lang Bromkali erfolglos gegeben. *Fanzler.*

Pel, Zur Casuistik der Schrecklähmung. — Berl. klin. Woch. No. 23.

Verf. bereichert die so spärlichen Fälle von Schrecklähmung durch folgenden unzweifelhaften Fall: Einem in der Bai von Batavia beschäftigten Matrosen erschien plötzlich ein Haifisch, der sich seiner bemächtigen wollte; der Gefahr knapp entgangen, ging er ohne sprechen zu können entsetzt auf das Deck, wo er unruhig einschlief. Nach 3 Stunden ist Sprache zwar vorhanden, Aufstehen und Gehen jedoch kaum möglich; Gefühl von Eingeschlafensein bis zum Nabel herauf. Abends schon totale Paraplegie, Anästhesie und Analgesie der unteren Extremitäten und Incontin. urinae bei sonstigem Wohlbefinden. In's batavianische Spital gebracht, wurde dauernd Elektricität angewandt; in 10 Tagen Reagiren der gelähmten Muskeln, nach 6 Wochen Zurückkehren der activen Bewegung, der Sensibilität; Verschwinden des tauben Gefühls und Auftreten von Zuckungen in den gelähmten Theilen. Blasenfunction gebessert. Nach 16 Wochen Gehen mit Krücke, Analgesie besteht jedoch; auf psychische Einflüsse zeitliche Verschlimmerung. Nach 8 Monaten zeigt Pat. in der Amsterdamer Klinik noch Parese und unwillkürliche Zuckungen der unteren Extremitäten, Sehnenreflexe erhöht, Reflexbewegungen leicht hervorrufbar; zuweilen Reflexclonus bei rasch ausgeführter passiver Dorsalflexion des Fusses; Bauchreflexe fehlen. Tastempfindungen intact, elektromusculäre und elektrocutane Sensibilität normal,

jedoch Analgesie und herabgesetztes elektrisches Schmerzgefühl, Pelzigsein an den Aussenseiten der Oberschenkel. Lebhafter Harndrang; Harn trübe, alkalisch, sp. G. 1020. Auf mehrmalige Application eines starken Magneten auf die Aussenseite der Oberschenkel allmälige Besserung, Abnahme der Parese und Wiederkehr des normalen Schmerzgefühls.

Obwohl in den letal verlaufenen Fällen von *Hine*, *Leyden* und *Brieger* die Autopsie Myelitis aufwies, ist hier an eine organische Veränderung des Rückenmarkes schon wegen des rapiden Entstehens, der Abwesenheit von Decubitus, von Schmerzen, als auch wegen des Magneteffectes nicht zu denken. Die Pathogenese betreffend, nimmt auch *P.* eine Reizung des vasomotorischen Centrums durch den psychischen Einfluss an, wodurch eine allgemeine Anämie, also auch eine solche des Lendenrückenmarkes entsteht, dessen durch sexuelle Excesse gesteigerte Erkrankungsfähigkeit und also auch Disposition zu Nutritionsstörung in diesem Falle er nicht so absolut leugnen möchte. *Fanzler.*

Echeverria, Alcoholic Epilepsy. — J. of ment. sc. Januar.

Die Untersuchungen und die Schlüsse *E.*'s stützen sich auf die Beobachtung von 572 Fällen, 307 Männer und 265 Frauen. Es gehörten 212 der mittleren und höheren Gesellschaftsclasse an, 360 den tieferen Schichten. In den meisten Fällen wurde Schnaps getrunken.

E. theilt seine sämmtlichen Beobachtungen in 3 Hauptgruppen:

1) 257 Fälle, 140 Männer und 117 Frauen, als ätiologisches Moment für die Epilepsie lediglich Alkoholmissbrauch.

2) 126 Fälle, in denen ausser dem Alkoholmissbrauch noch andere Schädlichkeiten vorhanden waren; nämlich in 67 Fällen, 39 Männer und 28 Frauen, Syphilis; in 42 Fällen, 31 Männer und 11 Frauen, Kopfverletzungen; bei 2 Männern acute fieberhafte Erkrankung; in 9 Fällen, 7 Männer und 2 Frauen, Insolation; bei 1 Mann übermässiges Tabakkauen; bei 5 Männern Angstzustände.

3) Bei 189 Fällen, 92 Männer und 97 Frauen, war der Alkoholmissbrauch die Folge der Epilepsie.

Erbliche Belastung war vorhanden bei 139 Patienten, 75 Männer und 64 Frauen, der ersten Gruppe und 86 Kranken, 47 Männer und 39 Frauen, der dritten Gruppe. Es zeigten also 122 Männer, 39,73 pCt. sämmtlicher männlichen Kranken, und 103 Frauen, 38,18 pCt. aller weiblichen Fälle, oder 39,33 pCt. sämmtlicher Erkrankten, directe Erblichkeit. — Trunksucht der Eltern war bei 56 Männern, 18,24 pCt.; 43 Frauen 16,22 pCt.; also bei 17,30 pCt. der Gesammterkrankungen verzeichnet. — Trunksucht der Eltern mit Epilepsie oder Irresein bei 49 Männern 15,96 pCt., und 51 Frauen 19,24 pCt.; oder 17,48 pCt. aller Kranken. — Epilepsie der Eltern bei 39 Männern 12,70 pCt. und 42 Frauen 15,84 pCt., oder 15,73 pCt. der Totalsumme. — Irresein oder Epilepsie der Eltern ohne Trunk kam vor bei 17 Männern 5,55 pCt. und 9 Frauen 3,39 pCt.; 4,54 pCt. sämmtlicher Fälle.

Der Verf. giebt dann genaue Tabellen betreffs der Verwandten, Brüder und Schwestern, der Kranken, wie auch von diesen die meisten irgend welche krankhafte Erscheinungen, Neurosen oder geistige Schwächezustände zeigen.

Bei den 139 erblich belasteten Patienten der ersten Gruppe hatten 48 Männer und 53 Frauen an Convulsionen in der Kindheit gelitten, dann aber frei geblieben bis zu den Alkoholexcessen. Der Ausbruch der Epilepsie war verschieden; am häufigsten traten die Anfälle zuerst auf im Alter von 18—25 Jahren. — In der bei weitem grössten Anzahl der Fälle ist eine tiefe Störung des Gehirns vorhanden, durch erbliche Einflüsse oder durch accidentelle encephalitische Affectionen der verschiedensten Art. Die Anfälle selbst sind ausgezeichnet durch ihre grosse Plötzlichkeit und die damit verbundene starke Erregung; ferner die häufigen Schwindelanfälle und häufiges Auftreten unvollständiger Anfälle. — *E.* rechnet die alkoholische Epilepsie zu der gefährlichsten Art von Epilepsie und der Behandlung schwer zugänglich, hauptsächlich wegen der vorhandenen Veränderungen im Gehirn. Abstinenz von geistigen Getränken, wo Syphilis vorhanden die specifischen Mittel, und bei Kopfverletzungen die entsprechende Behandlung. In einem Fall von Kopfverletzung wurde die Trepanation mit Erfolg angewendet, doch ging der Kranke später rasch zu Grunde, weil er das Trinken wieder anfing.

Betreffs der genauen und ausführlichen Angaben *E.*'s muss auf das Original verwiesen werden, weil an dieser Stelle darauf nicht eingegangen werden kann. *Schuchardt.*

Echeverria, Note on feigned epilepsy. — Amer. J. of insan. Jan.

Anschliessend an einen Aufsatz von *Macdonald* über simulirte Epilepsie erwähnt Verf., dass er schon früher auf einige prägnante Merkmale bei epileptischen Anfällen aufmerksam gemacht habe. — Nach einem epileptischen Anfall zeige die Pupille des Kranken abwechselnd Dilatation und Contraction, es dauert dies über eine Minute, nachdem der Patient wieder zum Bewusstsein gekommen ist. Ferner treten vollständig asphyktische Erscheinungen ein und tonische Contractionen der Thoraxmuskeln, wenn man bei Beginn eines epileptischen Anfalls dem Kranken Nase und Mund mit einem Tuch überdeckt. — Die Erscheinung an der Pupille, sogenannte epileptische Pupille, wurde zuerst von *Clouston* erwähnt und dann in verschiedenen Arbeiten von *E.* selbst. *Schuchardt.*

Luciani, Sulla epilessia provocata da traumatismi del capo e sulla trasmissione creditoria della medecima. — Arch. ital. Heft I. u. II.

Eine Anzahl Hunde und Katzen, an denen der Verf. am Gehirn operirt hatte, betreffs seiner im Verein mit *Tamburini* veröffentlichten experimen-

tellen Arbeit über Rindencentren, wurde am Leben erhalten und weiterhin beobachtet.

Von 50 Hunden, die an irgend einer Stelle des Gehirns operirt waren, bekamen 48 epileptische Anfälle, gingen daran zu Grunde, bei 2 wurden dieselben nicht beobachtet. Die Anfälle traten zu verschieden langer Zeit nach der Operation auf. Zuweilen tritt der erste Anfall sofort nach der Vernarbung der Operationsstelle auf, meist aber erst nach 3—6 Monaten und manchmal erst nach 1—$1^1/_2$ Jahren. Die Anfälle sind anfangs leicht und selten, nach und nach nehmen sie an Intensität und Häufigkeit zu, gegen das Ende des beobachteten Thieres hin bildet sich ein vollständiger Status epilepticus aus. — Die Katzen zeigten ebenfalls epileptische Anfälle nach vorgenommener Operation. Bei einer der operirten Katzen trat nach dem epileptischen Anfall stets ein Stadium maniacale post-epilepticum auf.

Ferner hat *L.* Beobachtungen angestellt über die erbliche Uebertragbarkeit der Epilepsie, resp. die Prädisposition zu epileptischen Anfällen bei Jungen von am Gehirn operirten Thieren.

Eine Hündin, vor 13 Monaten operirt, war von einem seit 9 Monaten operirten Hund belegt worden; keines der beiden Thiere hatte damals epileptische Anfälle. Von den 8 geworfenen jungen Hunden wurden 5 nach circa 1 Monat von epileptischen Anfällen befallen. Sehr rasch nahmen dieselben an Intensität und Häufigkeit zu und gingen bald in Status epilepticus über; kurz nach einander starben alle 5 Jungen. Die Autopsie ergab keinerlei Asymmetrie oder Abnormität des Gehirns. — Eine Katze, von operirten Eltern stammend, bekam jede Woche einen epileptischen Anfall, dem stets ein maniakalisches Stadium folgte. *Schuchardt.*

Hughlings-Jackson, On temporary paralysis after epileptiform and epileptic seizuses; a contribution to the study of dissolution of the nervous system. — Brain. Januar.

Die temporäre post-epileptiforme Paralyse ist abhängig von der Erschöpfung der Nervenfasern nach übermässigem Verbrauch während des Paroxysmus. Die Convulsionen sind der äussere positive Effect nach excessiver nervöser Entladung, Freiwerden von Energien. — Die Nervenfasern bei post-epileptiformer Paralyse sind nur erschöpft, nicht zerstört. — Verf. weist die Ansicht verschiedener Autoren zurück, dass die temporäre post-epileptiforme Paralyse resultire aus Gehirncongestion in Folge von Asphyxie, resp. aus kleinen Blutextravasaten in die Nervencentren, bei einem Paroxysmus. Die Congestion jedoch sei allgemein, und die Paralyse local. Ferner finde man locale Paralyse nach Anfällen, wo keinerlei Respirationsstörungen eingetreten seien. Ausserdem trifft man keinerlei Paralyse nach Anfällen, in denen die extremsten Erscheinungen von Asphyxie in Folge von Krämpfen der Respirationsmuskeln vorhanden waren. — Die locale

Paralyse tritt häufig da auf, wo die ersten und stärksten Convulsionen sich gezeigt haben. — Je stärker und je rapider die Entladung stattfindet, je grösser die Erschöpfung, desto sicherer und auch augenfälliger stellt sich die Parese ein.

Als Belege führt Verf. kurz einige Beispiele an. *Schuchardt.*

Hughes, Clinical notes illustrative of consciousness of Epilepsia. — The Alien. and Neurol. April.

Der Verf. theilt in Kürze 4 einschlägige Fälle mit:

Eliza C. Mutter starb an Abzehrung; Vater gesund. Grossmutter apoplectisch gestorben; 1 Onkel irre. — Die Kranke, 12 Jahre alt, litt in der frühesten Jugend und in der Dentitionsperiode an häufig wiederkehrenden Convulsionen. In den letzten Jahren ausgesprochene Epilepsie; alle 14 Tage voll ausgebildete Anfälle, in der Zwischenzeit häufig epileptoide Anfälle. Am 1. Februar 1878 kam Patientin in des Verf. Behandlung, der Zustand besserte sich bedeutend; die Kranke konnte die Schule besuchen. Im August 1878, nachdem sie 6 Monate frei von Anfällen gewesen war, traten Anfälle psycho-motorischer Paralyse auf, die in Pausen von wenigen Tagen sich wiederholten. Die Kranke behielt das Bewusstsein und schilderte ihren Zustand dabei als dem des Alpdrückens ähnlich; es überkam sie eine momentane Unbeweglichkeit der Beine und der Zunge. Durch Behandlung mit Bromiden und gelinder Galvanisation des Cervicaltheils des Sympathicus wurden diese Reste von Epilepsie beseitigt und kehrten keinerlei Anfälle wieder.

Theo B. 20 Jahre alt, kam im Juni 1879 in Behandlung mit „grand mal" ohne Aura. Der erste Anfall war aufgetreten nach starker Arbeit und heftiger Gemüthsaffection, getäuschter Hoffnung. Seit Juli 1880 ganz frei von allen Anzeichen der Krankheit. Am 1. September 1880 Anfall mit automatischen Bewegungen und vorhandenem Bewusstsein, Mitte September 1880 ein kurzer aphasischer Anfall.

Annie R. 29 Jahre, Lehrerin, hatte Anfälle, in denen sie das Gefühl eines schweren Gewichtes auf dem Scheitel hatte, hinfiel, aber das Bewusstsein behielt. Der linke Arm zeigte convulsive Zuckungen und öfter auch die Augenlider. Zuweilen traten auch Anfälle auf, wo sie fühlte, dass sich Starrheit einstelle, und wo sie für Augenblicke das Bewusstsein verlor. Nach einigen Anfällen hatte sie Kopfschmerzen und war benommen. — 3 Jahre, ehe sie in Verf.'s Behandlung kam, war die Zahl und Intensität der Anfälle erhöht durch ein Uterinleiden. — Durch die Behandlung verschwanden die Erscheinungen. Die Kranke verheirathete sich. — Die Schwester der Kranken hatte Schwindelanfälle mit Bewusstseinsverlust; der Vater typische epileptische Anfälle.

Hattie B. 24 Jahre alt; die Mutter häufige Schwindelanfälle, eine Tante Krampfanfälle. Die Kranke selbst hatte in der Kindheit sehr heftige

Anfälle, wobei sie hinfiel und bewusstlos war. Zur Zeit der Regel stellten sich Anfälle von Sprachlosigkeit ein, während welcher sie alles hörte, was um sie her vorging; dabei trat regelmässig starke Salivation auf. Den Anfällen ging stets ein eigenthümliches Gefühl in den Fingern vorher. Bei den Anfällen musste sie sich unwillkürlich setzen. Circa 1 Mal im Jahr traten starke epileptische Anfälle auf. *Schuchardt.*

Lunier, Des Epileptiques: Des moyens de traitement et d'assistance qui leur sont applicables. — Ann. méd. psych. März.

Lunier beklagt, dass in Frankreich — wie in fast allen anderen Ländern Europa's — eine öffentliche Fürsorge für Epileptiker nicht existirt. Man hat nicht einmal annähernd sichere Zahlen über die durchschnittliche Häufigkeit der Epilepsie. *Lunier* hat, um hierfür Anhaltepunkte zu gewinnen, die Musterungslisten der Militärpflichtigen von 5 Jahrgängen durchgesehen. Es ergab sich, dass unter 1,458,740 Gemusterten 2398 als Epileptiker bezeichnet wurden, dies ergiebt 16,44 auf 10,000 Einw. Indess gilt diese Zahl nur für die Altersklasse vom 20.—21. Jahre und nur für die männliche Bevölkerung. Auf Grund anderweitiger Berechnungen und Erwägungen, welche im Original nachzusehen sind, kommt *L.* zu dem Schluss, dass sich in Frankreich das Verhältniss der Epileptiker zur Gesammtbevölkerung mit 9,203 zu 10,000 Einw. berechnen werde. Dies Verhältniss entspreche einer Gesammtsumme von 33,225 Epileptikern. *L.* ist der Ansicht, dass die Epilepsie bei Männern und Frauen in nahezu gleicher Häufigkeit vorkommen.

Von den 33,225 Epileptikern waren am 1. Jan. 1878 3550, also etwa der 9. Theil in Irrenanstalten untergebracht, etwa 1650 in anderen Spitälern. Circa 28,000 befanden sich demnach in den Familien. Unter diesen befindet sich eine grössere Anzahl heilbare oder besserungsfähige, ferner solche, welche erwerbsunfähig sind, endlich solche, welche gefährlich werden können. *L.* rechnet, dass wenigstens 10,000 von den 28,000 in Special-Asylen untergebracht sein sollten.

Wie *Ferrier* und *Parchappe* ist *L.* der Ansicht, dass in der Nähe von einer Anzahl Irrenanstalten Asyle für Epileptiker zu errichten seien, von welchen aus auch die einer Spitalpflege nicht bedürftigen Epileptiker als ambulante Kranke behandelt werden könnten.

Ausserdem verlangt *L.* noch, dass der Staat einige grössere Anstalten errichte, ähnlich wie Charenton, in welchen um mässige Pension Epileptiker aufgenommen werden können, welche weder in Irrenanstalten noch in gewöhnlichen Spitälern Unterkunft finden.

Mit Entschiedenheit dringt *L.* darauf, dass die Frage der staatlichen Fürsorge für Epileptiker endlich eine eines grossen Landes würdige Lösung finde. *St.*

Laskiewicz, Ueber Behandlung der Epilepsie. — Przeglad lekarski 4 u. 6. Centralbl. f. Nervenheilk. etc. No. 6.

Der Aufsatz beschäftigt sich vorwiegend mit der Behandlung der Epilepsie durch Bromkalium und Atropin. Beide Mittel sind unwirksam bei der nicht typischen, symptomatischen Epilepsie. Hier, und besonders bei der luetischen Epilepsie, ist Jodkalium wirksamer.

L. bezeichnet das Bromkalium als ein wahres Specificum gegen die typische Epilepsie. Er beginnt die Kur mit einer Tagesdosis von 1,0 und steigt nach jedem neuen Anfall um 1,0, bis zu 30,0 pro die, wenn es vertragen wird (!). *L.* hat sogar bis zu 60,0 pro die gegeben. Ref. kann auf Grund zahlreicher eigener Beobachtungen nicht ernstlich genug vor solchen grossen Dosen warnen, und möchte besonders hervorheben, dass schon nach Tagesdosen von 24,0 tödtliche Vergiftungen beobachtet worden sind.

L. legt mit Recht Gewicht darauf, dass die Kur Monate und Jahre lang fortgesetzt wird.

Nach Besprechung der bekannten Vergiftungserscheinungen des Bromkalium wendet sich *L.* zu der Atropinbehandlung. Er empfiehlt 0,08 Atropin. sulf. auf 20 Spiritus Vini, mit 1 Tropfen beginnen und auf 10—12 Tropfen pro die steigen. Am Besten wird das Mittel Morgens gegeben, damit eventuelle Intoxications-Erscheinungen controllirt werden können. Kaffee, Cacao und Thee sind bei der Kur zu meiden. Ueber die subcutane Anwendung fehlen *L.* eigene Erfahrungen. Atropin wirkt nur da, wo es mehrere Jahre gut vertragen wird. Oft machen schon kleine Dosen Vergiftungssymptome.

In letzter Zeit sah man auch von Curare Erfolge bei Epilepsie. *Benedikt* löst 0,02 Curare in 2,0 Aqua. Von der gut filtrirten, weingelben Lösung werden anfangs 3 mal wöchentlich 10—12 Tropfen injicirt, später ein paar mal monatlich. Wenn Zittern eintritt, injicirt man 2 Tropfen weniger. Oder man braucht eine Lösung von 0,3 Curare auf 5,0 Aqua. Dieselbe genügt für 6—8 Injectionen. Man injicirt alle 5 Tage eine Dosis und macht nach 4 Einspritzungen eine Pause von ein paar Wochen. *L.* hat keine eigenen Erfahrungen über die Curarebehandlung. *St.*

Boyé, G., Traitement de l'Epilepsie. — L'Encephale. No. I.

B. theilt die Behandlungsweise der Epilepsie mit, welche Prof. *Ball* seit einiger Zeit auf seiner Abtheilung anwendet. Dieselbe besteht in combinirter Darreichung von Bromnatr., Bromammon., Extract. Belladonnae und Zinkoxyd. Die Formeln sind folgende:

Bromammon.
Bromnatr. ää 10,0
Aqu. dest. 300

Extr. Belladonn.
Oxyd. Zinc. ää 1,0
F. Pilul. No. 40.

Von der Bromlösung, welche *B.* „sel double“ nennt, werden täglich 4 Esslöffel genommen und wenn nöthig kann man auf täglich 10 Löffel steigen. Von den Pillen werden täglich 2 Stück gereicht, im Nothfalle 4 Stück.

Bei Individuen mit Neigung zu Congestionen empfiehlt *B.* daneben zeitweise Drastica, Aderlass, Blutegel hinter das Ohr.

Diese complicirte Methode soll die Anfälle rasch und entschieden vermindern und den Vorzug vor der Bromkalium-Behandlung haben, dass die bekannten Vergiftungserscheinungen nicht eintreten.

Bei 3 ganz aphoristisch mitgetheilten Fällen von Epilepsie trat während der Behandlung eine rasche und erhebliche Verminderung der Anfälle und z. Th. eine Besserung des psychischen Befindens ein. In allen 3 Fällen kehrten die Anfälle nach der Unterbrechung der Kur häufiger wieder.

St.

Hughes Bennett, A statistical inquiry into the action of the Bromides in Epilepsy. — Edinb. Med. J. Februar.

Der Verf. benutzt zu seinen Beobachtungen Bromkali und Bromammonium, welches beides stets zusammen āā in Quassiainfus gegeben wurde. Die geringste Dose war 2,0 täglich 3 Mal, bei Kindern 1,2. — Es wurde gestiegen bis zu 4,0—5,0 täglich 3 Mal. Als Minimalzeitraum, nach welchem man ein Urtheil über den Einfluss des Broms auf die epileptischen Anfälle haben kann, hat der Verf. 6 Monate erkannt. Das Maximum, seinen eigenen Erfahrungen nach, sind 4 Jahre, während welcher Zeit er 300 Fälle beobachtete.

Verf. bringt seine Beobachtungen in Tabellen, wo die Durchschnittszahl der Anfälle pro Monat vor der Behandlung und während der Behandlung, und ferner noch die Zahl der Anfälle während der letzten 6 Monate der Behandlung angegeben ist. *B.* befindet sich im Widerspruch mit vielen anderen Autoren, welche die Epilepsie für unheilbar halten und erwähnt besonders *Nothnagel.* Die deutsche Epilepsie müsse entweder eine schwerere sein oder die Behandlung falsch. *B.* hält seinen Erfahrungen nach die Epilepsie noch für die am leichtesten zu bessernde chronische Nervenaffection.

117 Beobachtungen hat er in 4 Tabellen gebracht der Art: 60 Fälle mit einer Behandlungsdauer von 6 Monat bis 1 Jahr; 32 Fälle von 1—2 Jahre Behandlungsdauer; 17 von 2—3 Jahre, und 8 von 3—4 Jahre. Unter sämmtlichen 117 Fällen waren 14 (12,1 pCt.), wo die Anfälle während der Behandlung vollständig aussetzten. In 97 Fällen (83,3 pCt.) war die Zahl der Anfälle herabgesetzt. Bei 3 (2,3 pCt.) war keinerlei Wechsel eingetreten, und bei 3 (2,3 pCt.) waren die Anfälle während der Behandlung zahlreicher geworden. — In einer ferneren Tabelle stellt Verf. 47 Fälle an Epilepsia gravior und 18 von Epilepsia mitior zusammen, welche der consequenten Bromkalicur unterworfen waren. Von den ersteren sistirten bei

8 die Anfälle vollständig, bei 1 keinerlei Aenderung, bei 1 Vermehrung der Anfälle, bei 37 wurde eine merkliche Verringerung der Zahl der Anfälle verzeichnet.

Die 18 Fälle von Epil. mit. zeigen in 15 Verminderung 1 Mal keine Aenderung, 2 Mal Vermehrung, bei keinem Fall trat Aufhören der Anfälle ein.

Bezüglich der nächtlichen und Tagesform stellt sich das Ergebniss folgendermaassen: 15 Fälle reine Tagesform zeigen 3 Mal vollständige Cessation, in allen anderen Fällen Verminderung. Bei den 7 Fällen der Nachtform vermehren sich die Anfälle 1 Mal, die übrigen zeigen keine Veränderung.

Die erbliche Belastung betreffend zeigt sich folgendes Verhältniss: Bei 39 Fällen ohne Heredität, 3 Mal Aufhören, 2 Mal keine Wirkung, 2 Mal Vermehrung, bei den übrigen Verminderung. — Bei 18 Fällen mit Heredität, Epilepsie oder Irresein, 3 Mal Aufhören, 1 Mal Vermehrung, bei den anderen Verminderung.

Was das Lebensalter anbetrifft, so zeigt sich kein Unterschied für die einzelnen Altersklassen bezüglich der Wirkung des Bromkali. — Das Verhältniss der chronischen und frischen Fälle stellt sich so, dass je älter ein Fall ist, desto mehr schwindet die Aussicht auf Heilung. — Das Allgemeinbefinden hat absolut keinen Einfluss auf die Wirkung des Bromkali. — Bei 7 Fällen complicirt mit Hemiplegie vermehrten sich die Anfälle 1 Mal, bei allen anderen blieben sie auf dem Durchschnittssatz stehen. — Bei 5 Idioten trat bei 1 keine Aenderung, bei 1 Vermehrung, bei den anderen Verminderung ein.

Die toxischen Erscheinungen sind von geringer Bedeutung. Als toxische resp. pathologische Erscheinungen bezeichnet Verf. 1) körperliche Schwächezustände, 2) geistige Abschwächung, 3) Brom-Rash.

Das Verhältniss war folgendes: 66,6 pCt. zeigten keinerlei Nebenwirkungen. 28,5 pCt. körperliche Schwäche, Mattigkeit und Muskelschwäche; schwand sofort, wenn das Bromkali ausgesetzt wurde. 16,8 pCt. geistige Schwäche, Depression, Benommenheit und allgemeine Abschwächung der geistigen Fähigkeit; geht ebenfalls nach Aussetzen zurück. 16,6 pCt. Brom-Rash, aber mit Ausnahme 1 Falles bis zu sehr mässigen Grenzen; verschwindet ebenfalls bei Aussetzen.

In nachstehenden Schlusssätzen fasst *B.* seine Erfahrungen und Ansichten zusammen:

1) Bei 12,1 pCt. tritt vollständiges Aufhören der Anfälle ein bei consequenter Brom-Behandlung.

2) Bei 83,3 pCt. bedeutende Verminderung.

3) Bei 2,3 pCt. kein Effect, und

4) bei 2,3 pCt. Vermehrung der Anfälle.

5) Die Form der Erkrankung, erbliche Belastung oder nicht, Complication mit anderen Affectionen oder nicht, frische oder chronische Fälle,

Jugend oder Alter, sonstige Gesundheit oder Krankheit hat keinerlei Einfluss auf die Wirkung des Brom.

6) 66,6 pCt. waren ohne Vergiftungserscheinungen — 33,4 pCt. zeigten toxische Erscheinungen. *Schuchardt.*

Mercier, Ch., A case of epilepsy: Aura of true vertigo, emotions of anger and remorse — vague complex reminiscences — right-sided spasm — family history. — Brain. Jan.

Mary H., ledig, 36 Jahre; gut beanlagt; rechtshändig. Mutter und 2 Schwestern litten an Krampfanfällen. Die Patientin selbst hatte Anfälle mit Sensationen, beginnend mit Schwindel, die Convulsionen waren hauptsächlich rechtsseitig, und alle Gegenstände wurden nach rechts verrückt. Nach dem Anfall keinerlei Zeichen von Aphasie; ein gewisser Grad von Rückerinnerung an den Ausbruch des Anfalls. — Verf. führt diesen Fall als Beweis für die von *Hughlings-Jackson*, Brain, October 1880, aufgestellte Theorie an. *Schuchardt.*

Workman, Narcolepsia. — Amer. J. of insan. Jan.

Der Verf. referirt einen von *Gélineau* beobachteten und in der Gazette des Hôpitaux veröffentlichten Fall von anfallsweiser Schlafsucht. Der Kranke fängt an zu taumeln, die Augen fallen ihm zu, er hört mitten im Sprechen auf, er sinkt wie betrunken um, er hört dabei alles, was um ihn herum vorgeht, kann aber nicht antworten. Der Puls verlangsamt sich bei den Anfällen, die Pupillen sind weit, auf Licht gut reagirend. Die Dauer der Anfälle schwankt von 1—5 Minuten. Nie trat dabei Sphincterenlähmung auf. Das Gedächtniss des Kranken war nicht geschwächt. Er berichtete in correctester Weise von seinen Anfällen. — An diesen Fall knüpft *W.* einige Bemerkungen. *Schuchardt.*

Maragliano, Nitrite of Amyl in the treatment of Epilepsia. Translated by *Workman*. — The Alien. and Neurol. Jan.

Die angewandten Dosen waren höher als die anderer Autoren. Mit 10 Tropfen anfangend wurde gestiegen bis 40 Tropfen, die Einathmungen währten 15 Minuten. Bei zahlreichen epileptischen Anfällen wurden die Inhalationen stündlich wiederholt. — *M.* citirt die Untersuchungen von *Schüler*, welcher fand, dass bei Kaninchen, denen der Schädel geöffnet war, die Inhalationen eine Erweiterung der venösen und arteriellen Gefässe der Pia bewirkten. Die kleinen Arterien begannen zu pulsiren. Das Gehirn dehnte sich aus und wölbte sich aus der Trepanationsöffnung heraus. *M.* bestreitet *Vulpian's* Ansicht, dass durch Amylnitrit keinerlei Congestivzustände des Gehirns eintreten, und giebt nach seinen Untersuchungen an, dass die Temperatur des Kopfes in Folge der Inhalation steige. Ferner

weist der Verf. die Angaben von *Loemisch*, *Stammeshaus* und *Pick* zurück, dass die Retinalgefässe nicht erweitert würden, und bestätigt dadurch die Erfahrungen von *Aldridge*, *Tebaldi* und *Gradenigo*. Ferner fand *M.* bei 30 Fällen nach Inhalationen 24 Mal Zucker im Urin. Nach 3—6 Tagen schwand jede Spur Zucker wieder. Das Auftreten von Zucker im Urin erklärt er aus der Dilatation der Lebergefässe. — Den Werth der therapeutischen Einwirkung des Amylnitrits führt er auf die Dilatation der Gehirnfässe zurück.

In folgenden Punkten resumirt *M.* seine Erfahrungen über Inhalationen von Amylnitrit:

1) Die methodische und andauernde Anwendung der Inhalationen setzt die Zahl und Stärke der epileptischen Anfälle herab.

2) Die Dose von Amilnitrit, welche ohne Schaden angewendet werden kann, kann bis zu 40 Tropfen steigen; die Inhalationen dürfen bis zu 40 Minuten ausgedehnt werden und können 4—6 Mal am Tage wiederholt werden.

3) Die cerebrale Temperatur nimmt 0,3—0,8° C. zu während der Inhalationen und fällt nach Aufhören wieder zur Norm.

4) In den meisten Fällen der Inhalationen erscheint Zucker im Urin; circa 1—1½ Gramm in der 24stündigen Harnmenge. *Schuchardt.*

Ramskill, J. S., On the treatment of some forms of epilepsy. — The Lancet. 26. Febr.

Ein Knabe klagte 1 Monat vor Eintritt wirklicher epileptischer Anfälle über Krampf im linken Handgelenk und in der halben linken Hand, derselbe dauerte wenige Secunden und kehrte meist 2 oder 3 Mal des Tages wieder.

Am Ende des Monats erhielt er einen Schlag an die linke Kopfseite; am nächsten Morgen trat ein epileptischer Anfall auf, beginnend mit Krampf in der linken Hand, dann Schrei, Zungenbeissen etc.; vorwiegend war die linke Seite befallen. Während der folgenden 14 Tage wiederholten sich die Anfälle täglich. Dann war der Kranke 1 Monat frei, worauf sie sich wieder einstellen. — Den epileptischen Charakter dieser Anfälle bezweifelt Verf. nicht und hält auch die vereinzelt vorkommende Aura ohne gefolgten Anfall für einen kleinen, localisirten Anfall. — Nach der Aufnahme im Hospital wurden im Verlauf von 10 Tagen 99 Anfälle beobachtet; die Tagesanzahl schwankt zwischen 5 und 15. — Es wurde verordnet 2,0 Kal. bromat. 0,2 Kal. jodat. 0,5 Ammon. carbon. — 3 Mal täglich; danach traten in 8 Tagen 77 Anfälle auf, schwankend zwischen 7 und 13 pro Tag. Es wird nun die Behandlung darin geändert, dass bei Fortgebrauch der erwähnten Medicin jede Nacht eine Salbe aus Chloral, Campher und Vaselin auf den Kopf eingerieben wird (!). Ausserdem wird noch jeden Abend eine Pille,

welche zu gleichen Theilen Aloë, Zinc. valerian. und Extract. con. enthält, gegeben. —

Das Resultat soll gewesen sein, dass die Anfälle 5 Wochen ganz aussetzten; dann kehrten sie wieder, jede Nacht einer. —

Verf. behauptet, er sei erfreut gewesen sie wiederkehren zu sehen, da je länger die Pause zwischen Anfällen, desto schwerer werde der erste Anfall wieder, und leicht könne Exitus let. eintreten. *(Schröder v. d. Kolk.)*

Schuchardt.

Tryde, Ueber das sogenannte moralische Irresein. — Ugeskr. f. Läger 4. R. II. 9. 1880. — *Schmidt's* Jahrb. Bd. 189, Heft 3.

Moralisches Irresein entspricht weder der Moraly insanity, noch der Folie morale genau, da es eine Störung des Gefühllebens und nicht der Verstandesthätigkeit ist. Das Gefühlleben reagirt am schnellsten auf krankhafte Einflüsse; die mannigfaltigsten Störungen desselben können sich mit anderen Geistesstörungen verbinden und bestehen oft ganz allein schon lange Zeit als Vorboten anderer Geisteskrankheiten; dabei kann leicht auch die ethische Sphäre ergriffen werden. — Obwohl unmoralische Handlungen von dem Gefühlsleben nicht unwesentlich abhängen schliesst der feste Kern des Bewusstseinsleben, welcher das Individuum zwingt, die Gesetze der Moral anzuerkennen, doch viel mehr Elemente aus dem Vorstellungsleben als aus der Gefühlssphäre in sich. Jede Geistesstörung also, die in das Vorstellungsleben eingreift, so die intellectuelle, oft schon die begrenzte Geistesschwäche, dann jene impulsiven, scheinbar unmotivirten Handlungen, deren psychologische Voraussetzungen wir gar nicht festzustellen vermögen, kann auf diese Weise zu Motiven unmoralischer Handlungen werden. Es leuchtet ein, dass moralisches Irresein als keine typischklinische, selbstständige Form gelten kann, wenn es auch oft als mehr isolirte ethische Störung erscheint; auch ist es unmöglich, moralisches Irresein von nicht pathologischer Immoralität zu unterscheiden, wenn nicht nachweisbar ist, dass es sich um ein geisteskrankes Individuum handelt.

Dr. *Fanzler.*

Grilli, Sulla pazzia morale. — Arch. ital. Heft VI. 1880.

Das moralische Irresein bildete den Hauptgegenstand des Congresses zu Reggio. — *G.* fasst seine Ansicht in zwei Hauptpunkten zusammen.

1) Man kann in allen Formen von Geistesstörung einzelne Fälle herausfinden, bei denen mehr eine Störung des Charakters als der Intelligenz vorhanden ist, und denen man gewissermaassen als eine Unterabtheilung das Epitheton „moralisch“ geben kann.

2) Das distinote „moralische Irresein“, welches die Fälle angeborener Degeneration, in denen das Fehlen aller Ueberlegung, der Mangel

eines kritischen Urtheils und eine krankhafte Depravation der Triebe vorhanden ist, in sich begreift, muss als selbständige Form von Geistesstörung betrachtet werden.

An diesen Vortrag schliesst sich eine sehr lebhafte Discussion, an welcher sich hauptsächlich *Verga*, *Tamassia*, *Fiodispini*, *Torelli*, *Morselli* etc. betheiligen: es werden die Fragen ventilirt, giebt es überhaupt ein moralisches Irresein, welches sind die characteristischen Merkmale desselben, und welcher Art ist die Zurechnungsfähigkeit des betreffenden Kranken.

Schuchardt.

Bini, Della pazzia morale in relazione alle esigenze sociali ed umanitarie. — Archivio italiano. Heft III. 1881.

Eröffnungsrede der psychiatrischen Klinik für das Unterrichtsjahr 1880 bis 1881. Bietet nichts wesentlich Neues. — *Schuchardt.*

Franzolini, La prima doppia ouforectomia per frenosi isterica diuscita in Italia. — Archivio italiano. Heft VI. 1880.

Mittheilung eines Falles von totaler Castration. *Schuchardt.*

10. Delirium acutum. Toxische Psychosen und Neurosen. Referent: D. Freusberg.

Hubert Reich, Ueber transitorisches Irresein bei Kindern. — Berl. klin. Woch. 8.

Verf. beobachtete im strengen Winter 1879/80 vier Fälle von transitorischem Irresein bei 6—10jährigen Knaben zarter Constitution, die sich stundenlang beim Schlittschuhlaufen ohne warme Bekleidung einer Kälte von 16—20° C. ausgesetzt und dann den warmen Ofen aufgesucht hatten. Nach kurzer Zeit der Erwärmung trat bei denselben eine allgemeine Erschlaffung und dann plötzlich ein Zustand ängstlicher Aufregung und Verwirrtheit ein. Personenverkennung, schreckhafte Visionen, Aufschreien, Fortdrängen. — Nach mehrstündiger Dauer trat Schlaf mit starkem Schweiss ein, danach Erwachen mit klarem Bewusstsein, ohne Erinnerung, mit Kopfschmerz.

Ausser diesen gemeinsamen Erscheinungen wurden einmal klonische Krämpfe, einmal Aufwärtsrollen der Bulbi, einmal Ohrenschmerzen beobachtet. — Das Gesicht war im Anfall blauröthlich, der Kopf heiss, der Puls beschleunigt, die Temperatur nicht erhöht.

Verf. glaubt, dass fluxionäre Gehirnhyperämie diesen Anfällen zu Grunde lag.

Müller, Ueber Geistesstörung im Verlauf des acuten Gelenkrheumatismus. — Aerztl. Intelligenzblatt 1881. 10.

Bei Einem 28j. kräftigen Mädchen, ohne Heredität, zum zweitenmal an Polyarthritis rheum. erkrankt, mit hohen Temperaturen, starker Pericarditis, Pleuritis, Oedemen, Collaps (Behandlung Salicylsäure, Analeptika), trat in der Periode des Fiebernachlasses (38,4) und der allgemeinen Besserung in der 3. Krankheitswoche Geistesstörung ein: melancholische Ideen, von Gefahren, Wassernoth, Verdammniss, dann Stupor, Furcht, himmlische Visionen, Unruhe; nachträglich Gedächtnissverlust für diese Zeit. Dauer 4 Wochen. Kein Rückfall bei neuer Exacerbation des Gelenkrheumatismus. *M.* hält diese Erkrankung für eine Inanitionspsychose mit *Simon* (Arch. f. Psych. IV).

Alcoholismus.

P. Näcke, Beiträge zur Lehre des Delirium tremens potatorum. — Deutsches Archiv für klin. Medicin. 1880. Bd. 25.

Diese gründliche Arbeit enthält die nähere Ausführung der bereits im XXXVII. Bd. S. 430 referirten vorläufigen Mittheilung desselben Verfassers und behandelt in erschöpfender Weise alle einschlägigen Fragen. Die Therapie anlangend räth *N.* zur Darreichung von Chloral oder Opium im Beginne des Anfalls und in kleinen Dosen im Ausgang desselben.

Zenker knüpft daran eine Bemerkung über den guten Erfolg von kalten Uebergiessungen im warmen Bad in uncomplicirten Fällen von Delirium alcohol.

v. Krafft-Ebing, Zur Behandlung des Delirium tremens. Vortrag. — Memorabilien XXIV. 10.

Das Delirium tremens ist als Inanitionsdelirium des Alcoholismus chronicus anzusehen, es setzt also eine durch Trunk geschwächte nervöse Constitution voraus, entsteht nicht nach einmaligem Trinkexcess des Gesunden. Gelegenheitsursache sind schmerzhafte oder fieberhafte Affectionen (Pneumonie, Erysipel, Panaritien, Verletzungen), und schwächende Zustände (Diarrhöen, Blutverluste, schlechte Ernährung), sowie Nachtwachen und Trinkexcesse, aber auch Alcoholabstinenz. Die Behandlung von Potatoren an innern oder chirurgischen Krankheiten muss die Vermeidung solcher Momente im Auge behalten. — Vorboten des Anfalls sind gastrische Störungen, Reizbarkeit, Beklommenheit, Hyperästhesie der Sinne, Zittern, Schlaflosigkeit; diese Vorboten erheischen ungesäumt Hypnotica. — Bei kräftigen Individuen empfiehlt sich Chloral mit oder ohne Morphium, und zwar in kleinen wiederholten Dosen (1,0 bis 2,0 Chloral, 0,01 Morph.,

4 Mal tägl.). Weniger rasch, aber sicherer und ungefährlicher wirkt Opium. Wegen der gestörten Resorptionskraft bei dem bestehenden Magencatarrh wird das Opium besser subcutan gegeben (Extr. Opii aquos. 1,0, Aq. dest. 16,0, Glycerin 4,0) und zwar mehrstündlich 0,03 Ext. opii bis Schlaf eintritt, wonach mit geringeren Dosen fortgefahren wird.

Bei Complicationen mit entzündlichen Krankheiten oder mit Fieber ohne solche (Fieber ohne locale Entzündung verschlimmert die Prognose), ferner bei Marasmus und Herzschwäche ist Chloral geradezu ein Herzgift. Wein und Analeptika sind hier angezeigt und gleichzeitig Opium bei fortgesetzter Ueberwachung der Herzaction.

In schweren complicirten Fällen bei marastischen Individuen, mit Collaps, Sehnenhüpfen und Herzschwäche hat sich die Therapie auf Analeptika zu beschränken. — Mechanische Beschränkungsmittel sind oft nicht zu entbehren, Transporte von Deliranten womöglich zu vermeiden.

Villard, Delirium tremens. Guerison par le haschisch. — Le Progrès Médical 8.

In einem regulären Fall von Delirium tremens (Schnaps), in dem eine einmalige Gabe von 5,0 grm. Chloral und die Verabreichung von 0,15 bezw. 0,20 Extractum opii an zwei folgenden Tagen ganz resultatslos war, verordnete *V.* 0,50 grm. extract de Haschisch an drei folgenden Tagen. Nach der zweiten Dosis Schlaf und zunehmende Beruhigung, nach der dritten Genesung. — *V.* weist darauf hin, dass in England Haschisch häufig bei Delirium tremens gegeben wird und die Autoren gleich gute Erfolge rühmen. Hauptvorzüge seien die Erhaltung des Appetits und das Ausbleiben nachfolgender Prostration bei den damit behandelten Deliranten.

Glatzel, Ueber die Maassregeln zur Verminderung der Trunksucht mit besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse im oberschlesischen Industriebezirk. — Bresl. ärztl. Zeitschr. No. 1.

Referent verlangt Vermeidung der Productions- und Ausschankstätten von alcoholischen Getränken, wobei er den vielfach versuchten Ersatz des Schnapses durch Bier das Wort nicht redet; im Wesentlichen erwartet er Verminderung der Trunksucht von einer anzustrebenden moralischen intellectuellen und socialen Hebung des Arbeiterstandes. Die näheren beachtenswerthen Ausführungen, mehr nationalökonomischen als ärztlichen Inhalts, eignen sich zum Referat nicht.

J. Russel, The Psychological Aspect of Alcoholism. — The Alien. and Neurol. Jan.

Allgemeine Schilderung der Folgen der Trunksucht. —

J. Rosenthal, Bier und Brantwein und ihre Bedeutung für die Volksgesundheit. — Berlin.

Ausgesprochenes Ziel dieser populären Schrift ist, die Besteuerung der Bierproduction zu bekämpfen und ihren Widerspruch mit dem Gesetzentwurf zur Bekämpfung der Trunksucht darzuthun. Nach Anführung der Grundsätze der Ernährungslehre leitet *R.* die Berechtigung der Genussmittel aus dem allgemeinen Vorhandensein des Bedürfnisses ab, bespricht die alcoholischen Getränke, ihre Wirkung und ihren Missbrauch. Er findet, dass in Gegenden, wo Bier das Hauptgetränk bildet, Delirium tremens und Lebercirrhose sehr selten sind. Auf die Mittel gegen die Trunksucht eingehend, erwartet *R.* nicht viel Erfolg von der Bestrafung der Trunksucht, wohl aber von der Verdrängung des Schnapses durch mildere Reizmittel. Die Bierproduction solle daher auf jede Weise erleichtert und der Genuss von Kaffee und Thee bei der Arbeiterbevölkerung eingeführt werden.

Crothers, M. D., Superintendent of Walnut Hill Home, Hartford, Conn. — Alienist and Neurologist. April.

Verf. wendet sich zunächst gegen die beim Laienpublikum, leider aber auch bei manchen Aerzten, herrschende Ansicht, dass die Trunksucht als blosses Laster aufzufassen sei, und verurtheilt die neuerdings oft gemachten Versuche, dieselbe nur mit moralischen und gesetzlichen Mitteln bekämpfen zu wollen (Mässigkeitsvereine). Er fordert sodann die Aerzte auf, sich eingehender, als bis jetzt geschehen, mit dieser Krankheit, — denn als solche müsse der Alcoholismus unbedingt bezeichnet werden, — zu beschäftigen und dieselbe klinisch genau zu studiren. Erst dann sei eine richtige Beurtheilung und Behandlung der einzelnen Fälle möglich. —

Die Therapie besteht nach dem Verf. in erster Linie in absoluter Fernhaltung des causalen Moments, des Alcohols. Hierzu ist in der Regel der Aufenthalt des Patienten in einem Asyl oder Hospital unter fortdauernder ärztlicher Controle unumgänglich und sollte die gesetzliche Freiheitsentziehung bei einem Trinker eventuell mit dem gleichen Rechte gestattet sein, wie bei einem Pockenkranken oder einem Irren mit Neigung zu Selbstmord. — In 2. Linie verdient der mehr weniger darniederliegende Gesundheitszustand des Patienten Berücksichtigung, welcher durch Ruhe, gute Ernährung und regelmässige Lebensweise zu verbessern ist. Türkische Bäder, als vortreffliches Mittel, die Hautthätigkeit anzuregen und die Gefässinnervation zu verbessern, empfiehlt Verf. besonders warm; desgl. lobt er die Anwendung der Electricität und der Amara, sowie für die gewisse Fälle diejenige des Arsen und Strychnin. Dagegen widerräth er dringend die Verabreichung von Chloral, Bromiden, Opium und den andern Narcoticis, wenn nicht positive Indicationen vorliegen, indem diese Mittel nach seiner Ansicht den schon vorhandenen Schwächezustand steigern und die

Krankheitsdauer verlängern. Auch sei nicht zu vergessen, wie leicht sich der Missbrauch des Alcohol mit demjenigen der Narcotica vertausche. (Verf. citirt einen Fall von Dipsomanie, in welchem die Anfälle durch Verabreichung grosser Dosen von Chloral und Bromkali coupirt wurden, dagegen aber nach Verlauf von 2 Jahren Demenz eintrat.)

Hierauf geht der Verf. näher ein auf die Art und Dauer der Festhaltung in den Asylen. Er warnt, unter Anführung einschlägiger Fälle, ebenso sehr vor der Anwendung zu grossen Zwanges, wie vor der Gewährung übermässiger Freiheit und verlangt eine richtige Combination beider. Zu einer solchen ist ein genaues Studium jedes einzelnen Falles unerlässlich. Ein zu grosses, wie ein zu geringes Vertrauen in die geschwächte Willenskraft der Patienten ist der Heilung gleich hinderlich.

Verf. unterscheidet 3 Klassen von Trinkern:

In die 1. Klasse rechnet er erblich belastete Individuen mit defectem Gehirn, welche sich durch schwachen Willen, niedere Leidenschaften, Neigung zu Verbrechen und Disposition zu Geisteskrankheiten auszeichnen. Sie sind die unruhigsten und unangenehmsten Kranken der Asyle. Sie bedürfen strenger und meist langer Ueberwachung und können, ohne Befürchtung eines Rückfalls, nur dann entlassen werden, wenn sie in eine von Versuchung möglichst freie Stellung gelangen.

Die zweite Klasse bilden Individuen, welche nicht direct erblich beeinflusst sind, sondern in Folge harter, körperlicher oder geistiger Arbeit, in Folge von Organleiden oder geschwächter Gesundheit dem Genuss des Alcohol (als Erregungs- oder Betäubungsmittels) anheimgefallen sind. Sie zeichnen sich aus durch das feste (illusorische) Vertrauen auf ihre Willenskraft, welches sie auch trotz zahlreicher Rückfälle bewahren. Selbst, wenn schon älter, bieten diese Fälle eine gute Prognose; sie genesen meist, wenn längere Zeit im Asyl, und ein grosses Procent bleibt wohl für immer geheilt. Ruhe und eine gesunde, regelmässige Lebensweise sind bei ihnen vor Allem erforderlich.

Der dritten Klasse endlich theilt Verf., solche Fälle zu, welche sich durch ein auffallendes Schwanken der Willenskraft auszeichnen. Es sind meist erblich nicht ganz freie, intelligente Individuen, bei welchen die Beurtheilung zwischen den Extremen eines Genies und eines Narren schwanken kann. Entbehrungen in der Jugend, mangelhafte Körperentwicklung, frühzeitige nervöse Aufregung lassen sich häufig in diesen Fällen nachweisen. Vielfach konnte Verf. den Beginn des Trinkens auf den durch den ersten Coitus veranlassten nervösen „shok" zurückführen. Der Alcoholgenuss ist bei dieser Klasse, wie bei der vorhergehenden, anfangs ein continuirlicher, später ein unregelmässiger, periodischer. Zuweilen wird eine überraschende Willensenergie beobachtet, welche den Pat. lange Zeit von seiner fatalen Gewohnheit abhalten kann (Verf. citirt einen Fall von 40jähriger Abstinenz eines starken Potators). In den späteren Stadien findet sich bei dieser Klasse meist ein Zustand von hochgradiger, geistiger und körper-

licher Schwäche. Die Behandlung erfordert hier absolute Ruhe, regelmässiges Leben und die richtige Application von Zwang und Freiheit. — Diese Fälle genesen im Asyl meist rasch, sind aber zu Rückfällen sehr geneigt.

Was die Prophylaxe der Trunksucht anbelangt, so legt Verf. den Hauptwerth auf eine richtige Ernährung und Erziehung der Jugend und warnt vor geistigen und körperlichen Ueberanstrengungen und Aufregungen derselben. Bei Dyspepsie, Epilepsie, Hysterie und den andern Neurosen, ebenso bei stark schwächenden Krankheiten und Zuständen hochgradiger Anämie hält er den Alcoholgenuss geradezu für verboten.

Zum Schlusse spricht Verf. die Ansicht aus, dass, wenn auf Grund eines genauen klinischen Studiums in den Asylen eine frühzeitige und zweckmässige Behandlung der einzelnen Fälle eingeleitet werde, die Aussichten auf Heilbarkeit beim Alcoholismus so günstig, wie bei jeder andern Krankheit, sein werden. *Schlossberger.*

Lyssa.

L. Lindsay, Fausse rage chez l'homme. Referat der Ann. med.-psych. Nov. 1880; und The Mental Science 1878.

Zusammenstellung einer grossen Zahl von Fällen, in denen angeblich Hundswuth, in der That aber theils Geisteskrankheit, theils ein aus Furcht, wuthkrank zu werden erzeugter Zustand angstvoller Aufregung, ohne Aehnlichkeit mit Lyssa, beobachtet wurde. *L.* geht soweit, viele Fälle von Hundswuth für Hysterie zu erklären und zieht die Existenz wahrer Lyssa überhaupt in Zweifel.

M. H. Bouley, La rage. — Paris, Asselin et Comp.

Populärer Vortrag über die Symptome der Wuth beim Hunde und über die Maassnahmen gegen dieselbe wie gegen den Ausbruch der Wuthkrankheit beim Menschen. Enthält nichts Neues von Belang. Auf Aussaugen und Ausbrennen der Bisswunden beschränken sich die einen, auf Einsperren verdächtiger Hunde die andern Rathschläge.

L. Collin, Observation de deux cas de rage humaine communiqués par le même chien. — Ann. d'Hyg. publ. et de Med. légale. Mai.

Am 2. November 1879 wurden zwei französische Soldaten in einem Orte von Algier von demselben tollen Hunde gleichzeitig gebissen. Die Bisswunden wurden sofort durch angezündetes Pulver ausgebrannt und scheinen bei der Heilung nichts Besonderes geboten zu haben. Der Erstgebissene

hatte 8 Bisswunden (von 4 Bissen) an der Hand davongetragen, letzterer 2 Wunden, herrührend von einem Bisse. — Der Erstgebissene erkrankte am 15. December, also nach 43 Tagen, an Lyssa typischen Verlaufs, starb nach 3 Tagen. (Section: Lungenhyperämie, subpleurale Ecchymosen an der Vorderseite und Spitze; Gehirn etwas congestionirt.) — Beim Zweitgebissenen brach die Lyssa erst am 20. August 1879, also nach fast 5 Jahren, aus und führte unter stürmischen Erscheinungen nach 2 Tagen zum Tode.

Dass die Erkrankung wirklich auf gemeinsamen Ursprung zurückzuführen, scheint erwiesen.

Schliesslich erwähnt *C.* der Häufigkeit des Vorkommens von Rabies in Algier, wo gar keine polizeiliche Maassregeln gegen dieselbe existiren.

Recherches sur la transmissibilité de la rage de l'homme au lapin. — Acad. de Médecine 18 u. 25 Jan. 1881. Progrès med. 1881, 4, 5.

Raynaud und *Lannelongue* sahen bei Impfung von Kaninchen mit Speichel eines wuthkranken Kindes 3 Mal unter 4 Versuchen Tod eintreten, während Impfung von Blut (2 Versuche) ganz erfolglos war. Sehr inconstante Resultate ergaben weitere Impfungen mit Speichel und Geweben, die nach dem Tode entnommen waren, sowie Ueberimpfungen von Kaninchen auf Kaninchen. Bei Wirksamkeit der Impfung fehlte ein Prodromalstadium und erfolgte rascher Tod. Die charakteristischen Symptome der Rabies fehlten.

Colin glaubt, dass es sich nicht um Lyssa, sondern Septicämie handle.

Das bestreitet *Pasteur*, der vom Speichel und Blut von Lyssaleichen gleiche Impferfolge wie *Raynaud* gesehen und im Blut der geimpften Thiere eigenartige Mikroorganismen (Gestalt einer 8) gesehen hat; er glaubt, dass eine neue Infectionskrankheit in diesen Fällen vorliege.

Galtier constatirt die Uebertragbarkeit der Lyssa durch Impfung von Hund auf Kaninchen, von Kaninchen auf Kaninchen.

Die Discussion wurde auch in der folgenden Sitzung der Academie fortgesetzt und schliesslich einer Commission zur Prüfung der *Pasteur*'schen Angaben niedergesetzt. Diese erklärte in der Sitzung vom 8. Februar, dass es sich um eine neue von der Septicämie verschiedene Infectionskrankheit handle.

Ausführlicheres siehe Deutsche Med. Wochenschr. 1880, No. 10, Referat von *Börner*.

11. Idiotie und Cretinismus. Referent: Kind.

J. Luys, Études de morphologie cérébrale, les cours morphologiques et histologiques de l'idiotie. — L'Encéphale. Journal des maladies mentales et nerveux sous la direction de Mm. *B. Ball. J. Luys*. 1881. No. I.

Verf. veröffentlicht das Folgende in der Absicht, den Weg zur Nachfolge zu zeichnen und den ausgewählten Stoff zur anderweitigen Benutzung zu stellen. Die morphologische Beschreibung bezieht sich auf 14 Gehirne von Idioten weiblichen Geschlechts im Alter von 7—22 Jahren. Bei einigen war die Idiotie mit Epilepsie complicirt, bei anderen nicht. Einige hatten Bildungsfähigkeit gezeigt. Verf. fasst das Ergebniss seiner Untersuchungen in folgende Sätze zusammen:

1) Das Gehirn der Imbecillen und Idioten zeigt der aufmerksamen anatomischen Prüfung beständig sehr charakteristische Missbildungen und Entwicklungshemmungen.

2) Diese Modificationen erscheinen unter der Form von partiellen Atrophien dieser oder jener Gruppe der Rindenwindungen. — Diese partiellen Atrophien offenbaren sich in überzeugender Weise durch Verdünnung der Windungen, welche geschwunden sind, und durch entsprechende Verbreiterung und Tiefe der Furchen.

3) Vorzüglich sind es die Stirnwindungen, welche zumeist Unregelmässigkeiten in ihrer Gruppirungsweise zeigen. — Dann folgen die Randwülste hinsichtlich der Unregelmässigkeit ihres Zusammenhanges.

4) Die Asymmetrie ist in dem Gehirn der Idioten sehr deutlich ausgesprochen, die beiden Hemisphären zeigen sehr oft die bezeichnendste Verschiedenheit der Gestaltung.

5) Das histologische Studium der Rindenwindungen ist noch eins der interessantesten Untersuchungsgebiete, welches unter gewissen Umständen zeigt, dass Entwicklungshemmungen sich ebenfalls in der Vertheilungsweise der Ernährungskanäle der Rindensubstanz zeigen können.

In der folgenden Auseinandersetzung beobachtet der Verf. den in seinem Traité clinique et pratique des maladies mentales p. 57 et suiv. Paris 1881 eingehaltenen Gang. Leider müssen wir bezüglich der 8 instructiven Abbildungen wie auch mancher Einzelheiten auf das Original verweisen.

Aeussere Seite. Furchen. Die Sylvische Spalte ist im Allgemeinen ansehnlich erweitert und steigt oft wie bei den Affen sehr hoch, lässt meist die Inselwindungen unbedeckt. Die Rolando'sche Furche ist nahezu normal. Die Continuität der Parieto-Occipitalfurche ist durch Windungen von vielfältigem Verlauf unterbrochen. Die obere Stirnfurche ist kaum angedeutet; Züge von grauer Substanz vereinigen die 1. und 2. Stirnwindung. Die untere und parallele Stirnfurche zeigt oft eine sehr auffällige Verbreiterung. Die Schläfenparallelfurche ist oft erweitert.

Rindenwindungen. Die 1. Stirnwindung ist im Allgemeinen atrophisch und schlecht begrenzt, ihre innere Seite ist mehr normal, ihre Insertion in die vordere Centralwindung ist unregelmässig. Die 2. Stirnwindung zeigt auf beiden Seiten die grössten Unregelmässigkeiten; ebenso die 3. Stirnwindung. Die vordere Centralwindung zeigte dem Verf. am öftersten (7 mal bei 14 Gehirnen) Spuren von Entwicklungshemmung; bald ist die obere, bald die untere Partie atrophisch und verkrüppelt. Die hintere Centralwindung schien weniger oft berührt, sogar im Verhältniss zur vorigen compensatorisch entwickelt. In einigen Fällen waren, worauf Verf. besonders hinweist, auch die supplementäre Parietalwindung compensatorisch zu ansehnlichem Volumen gelangt. Die oberen parietalen Windungen verlieren sich nach hinten in wellenförmigen Zügen ohne besonders klare Gestaltung. Die Angularwindung ist auf beiden Seiten sehr unregelmässig, oft durch Einschnitte durchbrochen. Die erste Temporalwindung wird oft von Atrophie befallen, die zweite und dritte steigen nicht bis zur Cavität der Angularwindung, halten auf halbem Wege und verlieren sich in die Occipitalgegenden.

Innere Seite. Die Calloso-Marginalfurche ist oft durch Brücken unterbrochen. Die Fiss. calcarina war nicht constant. Die 1. Stirnwindung findet sich im Allgemeinen merklich abgezehrt. Der paracentrale Lappen ist selbst bei Gehirnen von 20—22 J. nicht klar begrenzt. Der Vorzwickel zeigt sich sehr unregelmässig, während der Zwickel ziemlich normal ist, wie auch die hakenförmige Windung und die Calloso-Marginalwindung, letztere ist in ihrem Verlauf ungleich entwickelt. Die Occipitalwindungen sind schon im Normalzustand so verwickelt, dass Verf. auf Bestimmung der Unregelmässigkeiten vor der Hand verzichten muss.

Histologie. Schon vor Jahren hat Verf. im Dictionnaire des sciences médicales, art. Idiotie, p. 372, charakteristische Veränderungen durch Entwicklungshemmung des Gefässsystems der Rinde in dem Gehirn eines Idioten beschrieben. Die Maschen waren unvollkommen entwickelt und die verdünnten Wandungen erinnerten sehr klar an die embryonale Form der Capillarnetze. Verf. hat neuerdings in Rindenschnitten der Stirnwindungen eines Idioten von 22 J. analoge Hemmungen angetroffen, dessen Hirn dem blossen Auge keinen auffälligen Bildungsfehler zeigte. Das Gehirn hatte eine graue blasse Farbe und war gefässarm. Die graue Substanz war wie gewelkt und schlaff, ihre Consistenz schmierig. An ihrer Oberfläche fand sich nicht die kleinste Gefässöffnung, um einen Tropfen Blut austreten zu lassen. In den submeningealen Netzen waren die Gefässe deutlich sichtbar, nichts desto weniger mangelte die perivasculäre Membran gänzlich. In der tieferen Partie der Rinde hörte das Gefässnetz auf, für flüssiges Blut durchgängig zu sein. Die Wandungen waren verdünnt, von bräunlicher Färbung, stellenweis ausgedehnt und durch spindelförmige Elemente, welche Kügelchen einschlossen, vertreten. An anderen Stellen fand sich eine Art Höhlen, welche isolirte Kügelchen enthielten und von Capillaren umgeben

waren, die von sehr feinen Bindegewebsfäden eingefasst wurden. Anderwärts war das Capillarnetz mit gelblichen Granulationen belegt und enthielt nur veränderte Blutkörperchen. Dieser Zustand von Granulation und Verfettung der Gefässwände wurde beobachtet in den Capillarnetzen der optischen Schichten, deren mit derselben Substanz infiltrirte Wände in den Zustand rigider Röhren mit kreideartigem Aussehen versetzt waren.

In den meisten dieser Rindengegenden waren alle Hirnzellen, an ihrer pyramidalen Form und ihren vielfachen Verlängerungen kenntlich, in voller Zersetzung mit den Zeichen der Trockenheit und Mumificirung, an den Rändern ausgezackt, in ihrer Masse unregelmässig und der Durchsichtigkeit gänzlich beraubt. Ihre Zahl schien vermindert, dagegen die amorphe Intercellularsubstanz sehr erheblich vermehrt.

Wenn diese Resultate durch viele andere Fälle bestätigt würden, würden sie ein bemerkenswerthes Licht auf die Pathogenese gewisser Formen der Idiotie werfen. Sie zeigen in einer klaren und bestimmten Weise die Abhängigkeit und Hemmung der normalen Entwicklung von der fortschreitenden Aufhebung des Blutlaufes in dem Gehirn, wodurch die nervösen Elemente der Mittel zu ihrer naturgemässen Ernährung beraubt werden.

Tuke, den *Foville* citirt, hat histologische Veränderungen derselben Art constatirt: bemerkenswerthe Exsudationsproducte, Verdickungen der Gefässhaut, zerstreute Colloidkörper, eine merkliche Verminderung der Nervenzellen mit Bildung von phosphorsaurem Kalk.

Bourneville, Contribution à l'étude de l'idiotie. — Arch. de Neurol. Rev. trimestrielle des mal. nerv. et ment. Publiée sous la direct. de *J. M. Charcot*. 1880. No. I.

Verf. hat das Glück gehabt, als Stellvertreter seines Meisters M. *Delasiauve* interessante Beobachtungen an einer gewissen Anzahl idiotischer Kinder zu machen, deren Veröffentlichung er hiermit beginnt.

Erste Beobachtung. Ventriculärer Hydrocephalus: Idiotie.

R., Marie Emilie, 10 J. alt, 1876 in die Abtheilung des M. *Moreau* eingetreten, 1877 in die des M. *Delasiauve*. Vater Säufer von seiner Verheirathung an, Delirium 1869, starb 40 J. alt an einer Brustkrankheit, Mutter gesund. Eine Schwester derselben hatte intellectuelle Störung und hysterische Anfälle während der Pubertätsentwicklung gezeigt. Keine Blutsverwandtschaft. 6 Kinder und eine vorzeitige Geburt. Das erste starb 5 Mon. alt an Convulsionen, das zweite ist die Kranke, das dritte ein gesunder Knabe von 10½ J., das 4., 5., 6. Kind starben 7 Mon., 16 Tage, 6 Mon. alt an ungenannter Krankheit. Sexuelle Vermischung während der Vater „entre deux vins" war.

R. ist rechtzeitig geboren, Scenen mit dem Ehemann während der Schwangerschaft, natürliche Entbindung. Man bemerkte sofort den Hydro-

cephalus. Wurde mit dem Löffel aufgezogen, da sie die Brust nicht fassen konnte. 18 Mon. alt sprach sie noch nichts; steckte die Finger in die Augen, lernte nie laufen oder eine Sache in den Händen halten. Fing gegen das 7. J. an zu sprechen. Dann Ophthalmie, gefolgt von gänzlicher Blindheit, Drüsenanschwellungen, Ohrenfluss. 5—6 Mal „Nervenzufälle"; immer unreinlich, Zuneigung zur Wärterin und Mutter. Nach 2 J. keine bemerkenswerthe Veränderung.

Zustand Novbr. 1877. Grosser Kopf mit 53,5 Ctm. Umfang, kleines, schmales, ältliches, dreieckiges Gesicht, tief liegende Augen, an der Oberlippe 2 Einkerbungen, wie Spuren von Hasenscharte, Kopfknochen überall hart, sehr resistent, zwischen den Seitenhöckern eine 4—5 Mm. breite gänzlich von Haaren entblösste Zone, hält den Kopf immer auf die Brust gebeugt, hebt ihn nur zum Trinken oder Schwatzen. Obere Glieder lang, abgemagert, in einer Art Zwangsextension, Sensibilität intact, Haut violett gefärbt. Untere Glieder selten gestreckt, meist gebogen, violett, lang und dünn. Füsse normal, Sensibilität erhalten.

R. bewahrt eine gewisse Intelligenz, nimmt die Gegenstände wahr, erkennt die umgebenden Personen am Klange der Stimme, spricht sehr langsam.

18. März 1878 Anfall, vorwaltende Convulsionen der linken Seite, Rigidität des ganzen Körpers. Lungensymptome in den nächsten Tagen mit erhöhter Temperatur. Den 23. Besserung. Im Sptbr. erfolgreiche Gehversuche. Im Nvbr. fortschreitende Abzehrung, Dämpfung über beiden Spitzen.

1879. 13. Jan. 4 Anfälle. Den 15. Tod in einem Anfall.

Autopsie. Alle Nähte sind ossificirt, ausser der Kranznaht; alle Knochen dünn, durchscheinend, mit Ausnahme des unteren Theils des Stirnbeins, keine Schaltknochen. Die Dura m. adhärirt, an der Kranznaht stärker als gewöhnlich. Schädelbasis durchaus verunstaltet, die r. Hälfte tiefer und breiter als die l., die Parietalgrube zeigt die grösste Depression, entsprechend einer vollständigen Abplattung des Felsenbeins auf beiden Seiten. Orbitalhügel sehr vorspringend, glatt, ohne Hervorragungen. Türkensattel sehr schmal, der Clivus vertikal. Das Kleinhirnzelt exisirt nicht oder wird vielmehr durch 2 von einander getrennte Platten repräsentirt, die nach hinten kaum breiter sind, als vorn. Das Hinterhauptsloch ist regelmässig elliptisch. Die Kleinhirngrube ist sehr schmal. In der Arachnoidea keine Flüssigkeit. Pia m. sehr dünn, wenig gefässreich, nicht verklebt, zerreisst leicht. Hirnwindungen abgeplattet, verbreitert, Hirnsubstanz erweicht, Seitenventrikel sehr erweitert, enthalten 570 Grm. einer klaren hellen Flüssigkeit; ohne dieselbe wiegt das Hirn 770. Die Hemisphären des Kleinhirns fehlen gänzlich, gewissermaassen wird dasselbe nur durch den taubeneigrossen Wurm repräsentirt, der an den Seiten leicht aufgequollen ist.

Die Idiotie war offenbar aus der Hydrocephalie entstanden, die ihrerseits dem Alkoholismus des Vaters zugeschrieben werden dürfte. Wahrscheinlich hätten früher begonnene Versuche, die Lage des Kindes zu

bessern, dasselbe zum Gebrauch der Beine und Hände befähigt. Die Entwicklungshemmung des Kleinhirns, die Modificationen der Dura m. des Kleinhirns, die Deformationen der Basalknochen bilden die interessantesten Punkte dieses Falles.

Zweite Beobachtung. Hirnatrophie: tiefe Idiotie.

Ond. . . J. Cécile bei ihrer Aufnahme in die Salpêtrière Mai 1879 9 J. alt. Vater Koch, gesund und nüchtern. Mutter sehr empfindsam, intelligent, Migräneanfällen unterworfen wie ihre Mutter. Keine Blutsverwandtschaft. 2 Kinder, das älteste ist die Kranke, die 8jähr. Schwester ist gesund und intelligent. Während der Schwangerschaft 3 starke geistige Erregungen durch 3 Todesfälle. Geburt rechtzeitig, natürlich; das Kind hatte die Nabelschnur zweimal um den Hals geschlungen, kam asphyktisch zur Welt. Den andern Tag Convulsionen. Ond. ist mit der Saugflasche aufgezogen, ist niemals gegangen, stösst nur unartikulirte Laute aus, kann sich nicht helfen, saugt an der Zunge, beisst bei Erregung in die rechte Hand, hat alle Zähne, gebraucht dieselben nicht, geniesst nur gehacktes Fleisch und die Brotkrume, ist immer sehr verstopft, unreinlich, aber nicht geil. Masern.

Gegenwärtiger Zustand. Grösse 96 Ctm. O. hat den Mund offen, stösst hin und wieder Schreie aus, wiegt das Haupt seitlich oder von vorn nach hinten. Gesicht symmetrisch, die meisten Zähne cariös, Gaumengewölbe platt, breit. Geringe Steifigkeit der Schultern, der Ellenbogen und der Handgelenke; die Vorderarme sind auf die Vorderseite des Körpers gebogen, die Hände im rechten Winkel gestellt. Sie bewegt die Arme, fasst keinen Gegenstand, die Hände sind kalt und cyanotisch. Die Oberschenkel sind im rechten Winkel gebogen, die Unterschenkel so stark flectirt, dass die Fersen die Hinterbacken berühren. Streckbewegungen sehr beschränkt.

Nach 6tägiger Krankheit mit Beklemmung, Cyanose, sehr erschwertem Schlucken, Schleimabsonderung, Zähneknirschen, hellen Schreien, trockener Haut, sehr schnellem Puls, hoher Temperatur, extendirtem Kopf, Rigidität der Halsmuskeln, Tod.

Autopsie: Dünnes Cranium, keine Unregelmässigkeiten noch Asymmetrie der Basis, wenig Hirn- und Spinalflüssigkeit, allgemeine feine Injection der Pia m. an der Convexität und der untern Fläche der Stirnlappen, weniger intensiv an den übrigen Theilen der Basis, des Kleinhirns und der Med. obl. Arterien der Basis normal, Hirnnerven normal, der rechte Hirnstiel scheint etwas breiter als der linke. Gewicht des Hirns 860 Grm. Die Masse ergeben ein Plus für die linken Hirntheile. Die Pia m. löst sich leicht. Die intraventriculäre Scheidewand ist verdickt, Corp. call. vorn und hinten normal ist in der Mitte auf eine feine Lamelle reducirt. Die linke Hemisphäre wiegt ohne Häute 355, die rechte 345 Grm.

Linke Hemisphäre. Ansehnliche Erweiterung des Seitenventrikels vorzüglich im Vorderhorn. Die Windung des Corp. call. beträchtlich atrophirt, vorn zusammengeschrumpft, hart wie ein Scirrhus.

Die hintere Centralmündung ist wenig entwickelt, die vordere atrophisch; auf eine dünne Lamelle reducirt, in ihrer Mitte von fester Consistenz. Atrophisch das hintere Drittel der 1. Stirnw., die Wurzeln der 2. und 3. Stirnw., die 3 hintern Bezirke der Insel.

Rechte Hemisphäre. Ventrikel wie links, atrophisch sind die Windung des Corp. call., die ganze hintere Partie der 1. Stirnw., die vordere Centralwindung, die Wurzel der 2. Stirnw., ebenso die 3. In ihrem vordern Theile sind alle Stirnw. unvollkommen entwickelt. Die hintern Windungen der Insel sind verhärtet, sehr atrophisch, schlank, von einer opaken Weisse.

Die Ammonshörner sind normal. Kleinhirn und Isthmus wiegen 110. — Thorax, Larynx, Trachea, Bronchien normal, Hepatisation des untern Lappens der linken Lunge.

Hier wurde die Idiotie bedingt durch Atrophie der Centralwindungen der eigentlichen Stirnwindung, welche secundär eine Entwickelungshemmung der vorderen Stirnlappen bewirkte.

Klinisch ist diese Läsion durch die am Tage nach der Geburt aufgetretenen und sehr wahrscheinlich durch die Einschnürung des Halses verursachten Convulsionen überliefert.

Dritte Beobachtung. Knollige Sklerose der Hirnwindungen: Idiotie und Epilepsie mit Hemiplegie.

Pit. . Marie, bei ihrem Eintritt den 18. Juli 1867 3 Jahre alt. Vater nüchtern, etwas nervös, seine Familie gesund. Mutter nervös, ihr Vater und Bruder starben an Brustkrankheit. Keine Blutsverwandtschaft. 5 Kinder: 1 die Kranke, 2 und 3 starben während des Stillens, ob unter Convulsionen weiss man nicht, 4 und 5 gedeihen gut. Während der Schwangerschaft Aufregung der Mutter durch den Tod ihres Bruders und öftern Wortwechsel mit der Schwiegermutter, in Folge dessen Nervenzufälle. Entbindung rechtzeitig, normal. Mutterbrust bis zum 14. Monat, während dieser Zeit mehrmals auf die Augen beschränkte Convulsionen. Die Krampfanfälle erschienen gegen das 2. Jahr. Keine Scropheln. Marie lernte nie gehen, nie sprechen, verunreinigte sich immer. Man erklärte bei der Ueberführung in das Hospital, dass nichts zu machen sei.

Gegenwärtiger Zustand. März 1879. Grosser regelmässiger Kopf, niedrige Stirn, kein Schielen, dicke platte Nase, Backenknochen und Oberkiefer stehen vor. Acne rosac. und Pust. im Gesicht, Eruption von confluirenden Bläschen und Papeln auf Nase, Wangen, Stirn, zahlreiche kleine Mollusken im Nacken und auf Theilen des kurzen Halses. Körper sehr schlank, Brüste unentwickelt (Pit. ist jetzt 15 J. alt), Mons ven. glatt. Der l. Arm ziemlich frei, der r. gelähmt, die Gelenke in verschiedenem Maasse rigid, doch kann die Hand zum Mund geführt werden.

Das l. untere Glied länger und dicker als das r., der Fuss platt und blau. Narben und Geschwüre in der Gegend beider Trochanteren und des

Kreuzbeins. Für gewöhnlich sind die Beine gebogen und gekreuzt, sowohl im Bett als auf dem Lehnstuhl. Hände fast immer im Munde, beständiger Speichelfluss.

Auf die mehrfache ausführliche Beschreibung der Krampfanfälle, deren zu Zeiten 340 in 12 Stunden gezählt wurden, kommen wir unten zurück. Abzehrung, den 5. Mai Temperatur 38,0, 38,2, den 6. 38,2, Ab. 37,0, Tod den 7.

Autopsie. Kopfschwarte, Schädel, Dura m., Cerebrospinalflüssigkeit normal, Arterien der Basis und Hirnnerven symmetrisch. Der linke Hirnschenkel in seinem obern Theil kleiner als der rechte.

Die Oliven scheinen mit den entsprechenden vordern Pyramiden eins zu sein, die Zwischenfurche fehlt gänzlich, auch Färbung und Volumen beider Seiten differiren nicht. Das Gehirn wiegt 1000 Grm., das Kleinhirn und der Isthmus 150, die r. Hemisphäre 10 weniger, als die l.

Linke Hemisphäre. Pia m. sehr dünn, lässt sich nur mit Mühe abziehen ausser im Niveau der Heerde der auf viele Windungen verstreuten Veränderungen. Diese bestehen in abgerundeten Inseln, welche Vorsprünge von verschiedener Grösse, von einer weisslichen opaken Färbung, von grösserer Härte als die Nachbartheile bilden. Es besteht eine Art hypertrophischer Sklerose von mehr oder weniger grossen Theilen der Windungen. Bezüglich der Vertheilung der Inseln auf der convexen, untern und innern Fläche müssen wir hier auf das Original und die von *Brissaud* angefertigten Zeichnungen verweisen.

Die Ventrikelhöhlung ist normal, ebenso der Thal. opt., das Corp. striat. ist mit Inseln durchsetzt. Ein Schnitt durch die indurirte Partie der 3 Temporalw. öffnet eine Höhle, deren Wände glatt und durch Gefässzüge verbunden sind. Die äussere Wand ist hart, die innere weich. Der Einschnitt in andere Inseln zeigt keine ähnliche Höhle.

Rechte Hemisphäre. Derselbe Zustand der Pia m., dieselben Veränderungen der Windungen, aber in geringer Zahl.

Die Ammonshörner scheinen auf beiden Seiten normal.

Die Entstehung der Krankheit ist in Dunkel gehüllt. Auf die Augen beschränkte Convulsionen waren die ersten Symptome. Vom 2. J. an wurden die Anfälle schwerer und walteten am Kopf vor. Nie hat das Kind intellectuelle Kundgebungen gezeigt. Die schwere Complication, die Epilepsie, ist nicht das gewöhnliche Mal. comitial, sondern die von *Bravais* 1827 beschriebene hemiplegische Epilepsie, welche zu der von *Hughlings Jackson*, *Charcot* und dem Verf. beschriebenen Gruppe der partiellen Epilepsie gehört. Der Anfang der Convulsionen in den Muskeln des Fusses und Beines der r. Seite, die Beschlagnahme des r. Armes und der entsprechenden Gesichtshälfte, die Abwesenheit von jeder Convulsion auf der l. Körperhälfte rechtfertigen obige Bezeichnung.

Die Anfälle erschienen in Reihen. Die Temperatur hielt sich nahezu normal oder hob sich nur um einige Zehntelgrade, während bei der gewöhn-

lichen E. die Temperatur um 1—2 Grad steigt. Bisweilen waren die Anfälle so vervielfältigt, dass sie sich dem Uebel, von welchem sie unterschieden waren, in dem Sinn näherten, dass das Kind nach jedem Anfall das Bewusstsein wieder erlangte, nicht in Coma fiel und die Temperatur um 38,0 schwankte. Eine solche Situation kann lange währen, aber fast immer werden bei dem Fortschreiten der Krankheit die Anfälle einen Stand des Uebels erreichen, der wie bei diesem Mädchen in allen Punkten mit dem der gewöhnlichen Epilepsie vergleichbar ist.

Die Schwindel, welche anfänglich allein auftraten, liessen an die Schwindel denken, welche man bei der Sclerose en plaques beobachtet; aber die hier aufgefundene Form der Sclerose unterscheidet sich von jener in allen Punkten. Die Heerde sassen auf den Windungen, welche in diesem Niveau hart und hypertophisch waren; alle Nerven der Basis, die Brücke und die Med. obl. waren unbeschädigt. Gerade die letzten Theile des Gehirns zeigen bei der Sclerose en plaques Veränderungen; diese bevorzugt die centralen Theile, die Plaques haben keine weisse, sondern eine graue Färbung.

Erklärt der Sitz der Veränderungen die Entstehung der partiellen epileptischen Anfälle? In der That zeigten die beiden Centralwindungen in ihrer obern Partie eine sehr ansehnliche sclerotische Insel, die so gelegen war, dass in dieser Gegend beide Windungen verschmolzen.

Bourneville et *E. Brissaud,* Contribution à l'etude de l'idiotie. — Arch. de Neur. Heft III.

Die beiden folgenden Beobachtungen entsprechen den beiden vorhergehenden. Leider müssen wir bezüglich der Bilder und mancher Einzelheiten der sehr ausführlichen Krankengeschichten auch hier auf das Original verweisen.

Vierte Beobachtung. Hirnatrophie: tiefe Idiotie.

Mo. . Nicolaus, den 1. November 1879 im Bicêtre eingetreten, 10 J. alt. Vater begeht alcoholische Excesse, hat bisweilen Kopfschmerzen. Mutter wenig intelligent, in der Jugend Convulsionen, ziemlich nervös. Keine Blutsverwandtschaft. 3 Kinder, das 1. Nicolaus, das 2. eine ziemlich intelligente Tochter, hat geringe Convulsionen gehabt. Das 3. 3½ Monat alt, scheint intelligent. — Empfängniss nicht während der Trunkenheit, Entbindung rechtzeitig, natürlich. Mutterbrust. Vom 6.—9. Monat einige Convulsionen, nach denselben bemerkte man keine physische und geistige Zunahme. Mit 16 Monaten entwöhnt, kam er auf das Land, wo er bis zum 6½ J. blieb; mehrmalige Wiederholung der Krämpfe. Nach seiner Rückkehr leichte Krämpfe der Augen und Arme, dazu einige scrophulöse Zufälle und Läuse in Menge. Hat nie gesprochen, stösst unartikulirte Schreie aus, konnte nie gehen, knirscht mit den Zähnen, saugt nur flüssige Nah-

rung, war angeblich 4—5 Wochen lang verstopft, hatte dann 3—4 Tage tägliche Entleerung, war dann wieder verstopft. Erkannte seine Verwandten.

Gegenwärtiger Zustand. 13. November. Verlässt nie das Bett, die untern Glieder sind stets so gebogen, dass die Fersen den Hintern berühren, der Kopf neigt nach dem Brustbein, die Hände ruhen auf der Brust. Der Kopf ist klein, die Stirn seitlich zusammengedrückt, die Hinterhauptsprotub. steht vor. Alle Zähne mit Zahnstein bedeckt, die zweite Dentition ist nicht merklich verzögert. Drüsen in den Leisten fühlbar. Die falschen Rippen ragen übermässig vor. Hals ein wenig steif, die Glieder sind gebogen, die Gelenke rigid, die Finger schwer zu strecken, Hände und Füsse cyanotisch, kalt, letztere in Varo-equinusstellung. Trinkt saugend, seit 13 Tagen nur einen Stuhl aus harten Massen wie Haselnüssen, Hoden noch nicht herabgestiegen. Weint selten, ist die Nächte ruhig, Gewicht 10½ Kilo, Grösse 95 Ctm.

Behandlung antiscrophulös, Extension der untern Glieder. Den 21. December nach Eintritt starker Fröste wird das Kind schwächer, erbricht, Ab. subcutanes Emphysem um den Hals und auf der obern Brust, kein Erstickungsanfall, T. 39,4. Das Emphysem nimmt den anderen Tag den Rücken und das rechte Bein ein. Temp. gleich hoch. Den 23. stirbt das Kind.

Autopsie. Nichts im Larynx und Pharynx, Congestion der untern Lungentheile, keine Tuberkel. Die übrigen Eingeweide bieten nichts Besonderes. Kopfknochen normal. Cerebrospinalflüssigkeit ist geronnen. Das Hirn wiegt 735 Grm. Die verschiedenen Theile der Hirnbasis, Arterien, Nerven, Chiasma etc. bieten keine Anomalien. Kleinhirn und Isthmus 120 Grm.

Linke Hemisphäre. Atrophisch sind die Windungen, welche die Occipitalgegend der grossen Hirnspalte einfassen, zwei atrophische Streifen ziehen von da nach der Sylvischen Spalte und umschreiben eine Insel von gesunden Windungen, vorzüglich nimmt die Atrophie ein die Angularwindung, die hintere Partie der 1. und 2. Temporalwindung, den mittleren und obern Theil der Centralwindung, die Wurzel der 2. und 3. Stirnwindung und den mittleren Theil der 1. An der innern Fläche sind verändert die mittlere Partie der ersten Stirnwindung und die Windungen des Corp. call. Der paracentrale Lappen und der Vorzwickel sind unregelmässig.

Rechte Hemisphäre. An der convexen Fläche theilt ein fast viereckiger Heerd von 4—5 Ctm. Länge und 4 Höhe, gewissermaassen die Hemisphäre in 2 Theile. Die Windungen sind auf 1—3 Mm. Breite geschrumpft, ihre Höhe beträchtlich vermindert. An der innern Fläche Atrophie des hintern Theiles der 1. Stirnwindung, des vordern Theiles des paracentralen Lappens, der mittleren und hinteren Partie der Windungen des Corp. call., der 1. und 2. Occipitalwindung. Alle Occipitalwindungen auch an der untern Fläche sind sehr atrophisch und haben ein wurmförmiges Ansehen.

Mit 6 Monaten erschienen also die Convulsionen als Symptome der atrophischen Veränderungen beider Hemisphären, welche wahrscheinlich vom Alcoholismus des Vaters herrühren. Das Kind hat nie gesprochen; das wird erklärlich durch die Veränderung der 3 linken Frontalwindungen. Es lernte nie gehen und darauf beziehen sich die Läsionen der Centralwindungen. Im Allgemeinen waren die atrophischen Veränderungen ausgebreiteter und tiefer wie bei der zweiten Beobachtung.

Langdauernde Verstopfung ist ein sehr gewöhnlicher Befund bei Kindern dieser Art. Nicht selten sieht man in ähnlichen Fällen die Abführmittel scheitern oder nur einige flüssige Stühle bewirken, während die sehr harten Massen, wie man sie bei der Section im Coecum oder den Falten des Dickdarms eingeschlossen findet, unbewegt bleiben.

Fünfte Beobachtung. Encephalitis oder knollige Sklerose der Hirnwindungen.

Bour., Georg, 4 J. alt bei Eintritt in Bicêtre 26. Juni 1879.

Von väterlicher Seite nichts Bemerkenswerthes. Mutter sehr empfindsam, eine Grosstante und ihr Sohn epileptisch, eine Cousine wahnsinnig. Keine Blutsverwandtschaft. Von den 3 Kindern ist nur das älteste krank. Während der Schwangerschaft lebhafte Erregung mit Schrei, Verlust des Bewusstseins und Sturz in der 6. Woche, im 5. und 7. Monat. Leichte Entbindung etwa 3 Wochen vor der Zeit. Mutterbrust. Im 4. Mon. 8 Tage lang täglich Convulsionen, vorwiegend auf der r. Seite. Nach 15 Tagen wiederholten sich die Krämpfe in verschiedenen Intervallen. Im 8. Mon. der erste Zahn. 2 J. alt Gehversuche; sprach damals nur manman sehr oft. Konnte niemals allein essen. Später bemerkte man, dass das Kind blau wurde wie im Moment der Anfälle; später dauerte die Cyanose auch in den Intervallen fort. Die längste Krampfpause war 3 Wochen. Bei der Aufnahme starke Cyanose der Lippen und des bleichen Gesichts; dieselbe kommt in einer Art von Anfällen, dann ist die Zunge beinah schwarz, Hände und Füsse sind violett.

B. ist sehr mager, die Glieder lang und schlank, Rippenansätze am Sternum ragen vor. Die untere Hälfte der Vorhaut fehlt. Er spricht nicht, erkennt die Eltern nicht, äussert nur beim Anblick der Nahrung Vergnügen, fängt an das Dargebotene zu ergreifen. Er ist unreinlich.

7. Octbr. Ist immer im Bett gehalten worden und geht jetzt weniger gut. Rauhes Blasebalggeräusch anstatt des ersten Herztones und an der Basis. Gut ausgesprochener Venenpuls. Puls an der Radialis klein, 140.

21. Nvbr., wiegt 10 Kilo, Grösse 93 Ctm. Geht an der Hand.

30. Dcbr., hat viel von Frösten gelitten, ist so geschwächt, dass man die Uebungen aussetzen muss.

1880., 3. Jan. Starke Cyanose, starkes Erythem um die Genitalien, Geschwüre auf dem Os sacr. und den Troch. Die Beine haben eine Neigung zur Flexion, das Kind bewegt das eine wie das andere. Trockner

Husten. Etwas Fieber. Tod den 6. Jan., ohne dass vorher Convulsionen, Contracturen, Paralyse bemerkt worden wäre, nur Nystagmus, Temperaturfall auf 36,2.

Section 40 Stunden nachher. Keine Todtenstarre. Gehirngewicht 1170, Grosshirn 1030 Grm. Art. communicans ant. ist doppelt, die andern Arterien sind normal, ebenso Chiasma, Hirnstiele etc. Die rechte Hemisphäre wiegt 40 Grm. mehr als die linke. Die Pia m. ist gleichmässig injicirt, lässt sich leicht abziehen ausser am Stirnlappen. An der convexen Fläche des rechten Stirnlappens findet man unter der Pia m. eine ziemliche Menge Blut, die Hirnsubstanz bis in das Centrum des Lappens erweicht und mit Blut vermischt. Der Heerd nimmt vorzüglich die 2 hinteren Drittel der 2. und 3. Stirnwindung ein. Die alte Läsion der Hemisphäre besteht in sklerotischen Inseln, die auf der convexen Fläche einnehmen das vordere Ende der 3. Stirnwindung, deren hintersten Theil, den mittleren Theil der vorderen Centralwindung, die 2. und 3. Temporalwindung; auf der inneren Fläche bestehen 4 sklerotische Inseln in der Frontalwindung. An der äusseren Fläche der linken Hemisphäre sieht man sklerotische Inseln je eine auf dem vorderen Ende der 1. und 2. Stirnwindung, eine in der Furche zwischen 2. und 3. Stirnwindung, eine Gruppe von 9 Inseln vor der Mitte der vorderen Centralwindung, eine sklerotische Masse in der Mitte der hinteren Centralwindung, einige Inseln im Schläfe- und im Hinterhauptslappen. An der inneren Fläche sieht man eine Gruppe am Beginn der 1. Stirnwindung und der Windung des Corp. callos., einzelne Inseln auf denselben Windungen.

Auf beiden Hemisphären löst sich die Pia m. leicht von den sklerotischen Inseln, sie ist verdünnt, wie übermässig ausgedehnt. Die Inseln selbst sind fast alle abgerundet, bilden eine mehr oder weniger ansehnliche Hervorragung, sind hart, widerstehen dem Schnitt, ihre weisse Farbe sticht von den Windungen ab, die an Lachsfleisch erinnern. Corp. call., mittler Ventrikel normal, Seitenventrikel nicht ausgedehnt, ihre äusseren Wandungen zeigen eine grosse Anzahl von kleinen sklerotischen Tumoren von 2—5 Mm. Durchmesser. Centralmassen normal. Kleinhirn und Isthmus 140 Grm.

Blinddarm etwas länger als gewöhnlich, 85 Mm., Leber sehr congestionirt, V. portae sehr dick. An der Oberfläche der Nieren mehrere kleine gelblichweisse Tumoren. Beide Lungen im hinteren Theil des unteren Lappens rothe Hepatisation. Im Herzbeutel keine Flüssigkeit. Herz violett. Aus der ausführlichen Beschreibung des Herzens heben wir nur hervor die bedeutende Vergrösserung der rechten Hälfte, die Wände des rechten Ventrikels sind 10—12 Mm., die des linken 5—6 dick, beide Vorhöfe, beide Ventrikel communiciren mit einander, Pulmonalarterien bedeutend verengt, aus dem Aortenkolben entspringen direct die beiden Carotiden und beide Subclaviae. Es giebt keinen Truncus brachio-cephalicus.

Bei dieser wie bei der 3. Beobachtung enthüllte die Section eine inter-

essante Hirnveränderung, die ziemlich selten zu sein scheint und in mehr oder weniger ansehnlichen Inseln besteht die auf die Windungen und das Corp. striat. verstreut das Centrum ovale, die Brücke, die Med. obl. und das Kleinhirn verschonen.

Durch die Benennung tuberose Encephalitis will der Verf. zu erkennen geben, dass ihm diese Krankheitsform eine besondere Art zu repräsentiren scheint, von welcher er bislang kein Beispiel in den pathologisch anatomischen Werken gefunden hat. Zuerst fällt auf die Localisation der sklerotischen Heerde in die graue Substanz der Oberfläche, sei es der Windungen, sei es des Corp. striat. In dieser Hinsicht könnte die Veränderung ziemlich entsprechend tuberose Polio-Encephalitis genannt werden. Man könnte auch glauben, die Nachbarschaft der Meningen trete für einen gewissen Theil der Localisation ein, aber die relative Integrität der Häute schliesst diese Ansicht durchaus aus.

Bald nimmt die Störung einen einzelnen Theil einer Windung ein, bald bemächtigt sie sich mehrerer Windungen zugleich, aber niemals schien sie auf den Grund der Furchen oder Spalten zu dringen. Das ist doch vielmehr eine Affection der Gehirnoberfläche als der eigentlichen Rinde.

Die in 4 Proc. doppelt chromsauren Ammoniak gehärteten mit Pikrocarmin gefärbten Schnitte ergaben Folgendes:

Die Nervenelemente fehlen in der ganzen Ausdehnung der sklerosirten Theile. Das Gewebe jedes Knoten besteht aus einem sehr harten Gerüst von Neuroglia, das in den oberflächlichen Gegenden der Windungen viel breiter als in den tiefern ist. Das will sagen, das Maximum der Thätigkeit des Processes und wahrscheinlich sein Ausgangspunkt ist die graue Substanz oder das, was vorher die graue Substanz gewesen ist. In diesem sklerotischen Gewebe sind die Kerne nicht viel reichlicher, als im normalen Zustand, nur zeigt eine Anzahl verzweigte Fortsätze und affectirt die Form von Spindelzellen. Ganz an der Oberfläche ist die Verdichtung der Neuroglia zum Extrem getrieben und man begreift nach einem solchen Anblick die Knorpelhärte dieser encephalitischen Heerde. Zwischen den kranken und gesunden Theilen besteht keine scharfe Trennung. Allmälig wird die Neuroglia lockerer, man unterscheidet dann einige Zellen und eine gewisse Anzahl Axencylinder. Aber die Zellen, welche dem Centrum der Sklerose am nächsten sind, zeigen sich atrophisch, gelblich, granulirt, trüb. Das zeigt uns, dass der Process sich nach den gesunden Theilen hin auszubreiten bestrebt und Neigung hat, anliegende Gegenden einzunehmen, die hineingezogenen Nervenelemente zu ersticken und zu vernichten.

In der weissen Substanz zeigt die sklerotische Läsion, die Differenz der Härte bei Seite gelassen, gleiche Merkmale. Man trifft aber keine Spindelzellen. Vielleicht kann man daraus folgern, dass die Sklerose der Neuroglia in der weissen Substanz nur eine secundäre sei. Die Vascularisation des kranken Gewebes ist eine sehr beschränkte; nur Gefässe von Caliber scheinen durchzudringen. Endlich sind an keinem Punkte hämor-

rhagische Veränderungen beobachtet worden, wie sie von den Autoren in sklerotischen Atrophien des Hirns beschrieben werden.

Verf. hält sich nicht für berechtigt, die geringste Hypothese über die Entstehungsweise dieser besonderen Affection zu formuliren, doch erachtet er, dass die Meningitis, der nahezu constante pathogenetische Factor bei der Mehrzahl ähnlicher Affectionen bei den Idioten und Epileptikern, hier nicht als Ursache gesetzt werden kann. Es handelt sich wohl um einen sehr langsamen chronischen entzündlichen Process, dessen Entstehungspunkt in der Neuroglia der grauen Rindensubstanz sitzt, dessen Lokalisation in den oberflächlichsten Theilen des Gehirns aber Ursachen hat, die uns noch gänzlich entgehen.

F. Beach, On Hypertrophy of the Brain in Imbeciles. — The J. of ment. sc. April.

Dieser Vortrag vor der Med.-Psych. Associat. im Bethlem Hospital wurde durch Photographien und Schädelumrisse erläutert.

Hypertrophie des Gehirns ist eine vergleichsweise seltene Krankheit und hat in England wenig Aufmerksamkeit erregt. *Laennec* hat zuerst auf ihr Vorkommen bei Kindern und auf ihre Aehnlichkeit mit chronischem Hydrocephalus, wie auf die Wahrscheinlichkeit ihrer Verwechselung mit diesem hingewiesen. Die Ursache dieser Krankheit ist dunkel. Der Process ist nicht eins mit vermehrtem Wachsthum, aber die Ernährung des Organs ist sowohl verändert als vermehrt. Nach *Rokitansky* wird die Vermehrung der Masse nicht durch Entwicklung neuer Fasern oder durch Verbreiterung der schon bestehenden hervorgerufen, sondern durch eine Zunahme der granulirten Zwischensubstanz, sehr wahrscheinlich durch eine Albumininfiltration. Der Verf. stimmt dieser Ansicht nach seiner Erfahrung bei. Die Veränderung wird von einer Zunahme der Zahl der Blutgefässe und der Anwesenheit einer grösseren Zahl von weissen Blutkörperchen (Leukocytes) begleitet. Die afficirten Theile sind vorzüglich die weisse Substanz der beiden Hemisphären, zuweilen das Corp. striat. und der Thal. opt., selten der Pons und das Kleinhirn. *d'Espine* und *Picot* halten die Affection für eine angeborene, welcher Ansicht Verf. beistimmt, und meinen übrigens, Imbecilität trete nur dann ein, wenn die Hypertrophie des Gehirns von Sklerose begleitet werde. Verf. hat dies bei 4 Sectionen nicht gefunden. Die Hauptsymptome sind Kopfweh, zuweilen sehr starkes, Erregung, gefolgt von Coma, Verhinderung oder Hemmung der Entwicklung der Intelligenz, Schwierigkeit beim Gehen und Convulsionen. Die Symptome sollen bei Kindern weniger als bei Erwachsenen markirt sein, weil bei ersteren das Gehirn weniger comprimirt sei und mit der Ausdehnung des Gehirns auch die Hirnhöhle grösser werde.

Verf. schildert 8 von ihm beobachtete Fälle, von welchen 7 starben und zur Section kamen.



Andral stellt 2 Perioden in dieser Krankheit auf. Während der ersten, der chronischen Stauung, sind die Symptome leicht; die zweite scheint durch eine acute Störung charakterisirt und der Kranke stirbt unter Convulsionen, unter Symptomen, welche eine Compression des Gehirns oder einen acuten Hydrocephalus anzeigen. Von den 7 Fällen des Verf. starben 3 unter Convulsionen, 2 in einem comatösen Zustand, 2 durch Diarrhoe und Bronchitis. Keiner der Fälle zeigte Spuren von Rhachitis. Bezüglich des Zusammenhanges der Hypertrophie des Gehirns mit Phthisis findet der Verf. in 2 von den 5 Fällen, deren Einzelheiten erhoben werden konnten, das Vorkommen derselben in den betreffenden Familien.

Um die Ausdehnung der Hypertrophie zu schätzen, soweit dieselbe durch das Gewicht zu bestimmen ist, muss man das mittlere Hirngewicht von Personen desselben Alters kennen. Da keine Tabelle der Art existirt, hat Verf. aus einigen bekannten Werken und aus den Resultaten der Section von 100 Imbec. das mittlere Gewicht des gleichen Alters zusammengestellt und mit dem Gewicht der hypertrophischen Gehirne verglichen. Ref. hat die in Unzen angegebenen Gewichte in Grm. übertragen, da sie nur so uns brauchbar werden.

Alter.	Gewicht der hypertr. Gehirne.	Mittleres Gewicht nach				
		Siems.	*Boyd.*	*Beach.*	*Crichton Browne.*	*Crochley Chapham.*
5	1403	1106	1141	1148	1191	1219
8	1503	1134	1283	1106	—	—
10	1559	1134	—	1134	—	—
11	1389	1247	—	1162	—	—
11	1403	1247	—	—	—	—
14	1474	1247		—	—	—
15	1758	1247	1376	1191	—	—

Die Differentialdiagnose der Gehirnhypertrophie von dem chronischen Hydrocephalus beruht hauptsächlich auf der Geschichte des Falles und der Form und Grösse des Kopfes. Dr. *West* bemerkt, dass die Symptome des chron. Hydroc. im Allgemeinen früher auftreten und früher ernstlicher werden als die der Hirnhypertrophie und dass die cerebrale Störung in Fällen der ersten Art entschieden mehr ausgeprägt ist, als bei letzteren.

Verf. stützt seine unterscheidende Diagnose auf folgende Punkte: Bei Gehirnhypertrophie pflegt der Kopf keine so grosse Ausdehnung zu erreichen als bei chron. Hydroceph. Der Kopf des 7. Falles hatte einen Umfang von 58 Ctm. 3 Fälle von chron. Hydroceph., gegenwärtig in der Anstalt, messen 59, 64 und 65. — Bei dem Hydroceph. wird die Zunahme der Grösse des Kopfes hauptsächlich an den Schläfen bemerkt, bei der Hypertrophie über den Augenbrauenbögen. Bei der Hypertrophie nähert sich der Kopf

in der Form einem Viereck, bei dem Hydroceph. ist er abgerundet (in den Aussenlinien). Bei dem Hydroceph. findet man oft an Stelle der zuletzt geschlossenen Fontanelle eine elastische Stelle, bei der Hypertr. nicht, öfter eine Depression. Bei dem Hydroc. ist der Zwischenraum zwischen den Augen vergrössert, bei Hypertr. nicht.

Was die Behandlung betrifft, so kann man einzig nur hoffen, den Kranken in möglichst gesundem Zustand zu erhalten und alle eintretenden Symptome zu berücksichtigen.

D. Fraser, On Hemiplegia and Hemianaesthesia in an idiot boy as the result of paralysis of the left cerebral hemisphere, following a blow on the head. — Brain. Part. XII. Jan.

Nach der Erfahrung und Lectüre des Verf. ist der Fall in mancher Beziehung einzig. Man konnte nach den Symptomen auf einen ansehnlichen Bluterguss in der linken Hemisphäre schliessen, während die sorgfältigste Untersuchung nicht im Stande war, irgend eine nennenswerthe Läsion zu bemerken.

W. C., 11½ J. alt, unehelich, von Geburt an Idiot, war bei seiner Aufnahme gesund, beweglich, ging leicht nach vorn geneigt, gebrauchte seinen rechten Arm ungeschickt, ass wenn ihm die Wahl freistand mit der linken Hand. Er war begierig auf glänzende Gegenstände, seine Intelligenz war beschränkt, seine Sprache bestand aus wenigen Wörtern, die er offenbar ohne Beziehung auf ihre Bedeutung gebrauchte. Sehen und Hören waren augenscheinlich normal. Er war unreinlich. Sein rechter Hode fehlte. Kopfumfang 498 Mm. 1 Jahr vor seiner Aufnahme sollte er eine schwere Krankheit mit Kopfsymptomen überstanden haben, die ein Krampfanfall eingeleitet hatte. Auch sollte er etwa einmal im Jahre einen Anfall gehabt haben. Während seines 10monatlichen Aufenthaltes in der Anstalt war er frei von Epilepsie.

Den 30. Nvbr. 1878 schlug er bei einem Falle mit dem Kopfe auf den Fussboden. Eine Verletzung wurde nicht bemerkt. Nach 15—20 Minuten fand ihn der Oberwärter blass und mit Erbrechen auf dem Fussboden liegend. Wenig Stunden nachher war er bewusstlos. 24 Stunden nach dem Vorfall waren Kopf und Augen nach der linken Seite gewandt, die Pupillen erweitert, reagirten gegen Licht. Kitzeln der Sohle des rechten Fusses löste eine kaum bemerkliche Reflexbewegung aus, Nadelstiche in verschiedene Theile des rechten Armes und Beines waren von keiner Bewegung gefolgt, links folgte den Stichen Zucken und Zurückziehen. Die Temperatur war 102°, R. 18. P. 84. Stuhl erfolgte auf Klystir, Beeftea und Milch wurden leicht verschluckt. Den 2. Dcbr. stieg der P. auf 90, das Athmen erfolgte ruhig und regelmässig, das Schlucken ging gut von statten. Die Lähmung des Gefühls und der Bewegung auf der rechten Seite

war noch vollständig, sonst lag er wie in tiefem Schlaf. Den 5. war die Conjunctiva beider Augen injicirt, die rechte Cornea im unteren Drittel aufgelockert und trüb. Den 6. Dcbr. war er so weit bei Besinnung, dass er mit der linken Hand eine Tabaksdose aufhob. Die rechten Gliedmaassen waren bewegungslos, die rechte Cornea weiss und geschwürig, soweit sie nicht vom Lid bedeckt war. Das Athmen war ruhig und regelmässig. Sein Puls stieg an einem der nächsten Tage auf 120, T. 98½. Den 9. Dcbr. zeigt sich auch die linke Cornea aufgelockert. Den 10. wurde auch die linke Seite gelähmt gefunden. Den 11. starb er.

Bei der Section, 30 Stunden nach dem Tode, wurde keine Verletzung an Kopfhaut und Schädel gefunden. Brust- und Bauchorgane zeigten nichts Bemerkenswerthes. Die Schädeldecke war von mittlerer Dicke, die Dura m. leicht angeheftet. Die oberflächlichen Gefässe der Dura m. waren voll und einigermaassen hyperämisch; die subarachnoideale Flüssigkeit viel reichlicher vorhanden als gewöhnlich. In situ zeigte sich die linke Hemisphäre voller und grösser als die rechte. Bei der Herausnahme zeigte sich der linke Parietallappen deutlich grösser als der rechte. Gleichzeitig bestand eine merkliche Depression der Orbitaloberfläche des linken Frontallappens. Der Thal. opt. und das Corp. striat. der linken Seite waren auch unverkennbar grösser als rechts. Auch durch Schnitte konnte keine Verletzung irgend einer Art entdeckt werden. Die Windungen zeigten sich normal in Anordnung und Zahl, die Furchen waren tief, die graue Substanz schien dicker als gewöhnlich zu sein. Das Gehirn wog 928 Grm. Er wurde einer zweiten Untersuchung von dem Pathologen Dr. *Coats* unterworfen, der auch nicht im Stande war, eine Veränderung an demselben oder seinen Häuten zu entdecken.

Das Rückenmark wurde normal gefunden, in Chromsäure gehärtete Schnitte zeigten nichts Ungewöhnliches bei der mikroskopischen Untersuchung.

Das Gewicht dieses Gehirns war nur wenig Unzen unter dem mittleren Gewicht der Gehirne dieses Alters. Die grössere Ausdehnung der linken Hemisphäre oder genauer des linken Parietallappens war nicht, wie man es oft findet, von Atrophie der rechten Seite verursacht; functionell wirkte letztere am vollkommensten von beiden. *Crichton-Browne* (Brain, Vol. II, p. 65) berichtet von einem Gewichtsüberschuss des linken Parietallappens über den rechten bei Männern von 8,1, bei Weibern von 4,8 Grm. und sieht die Ursache dieser Differenz in der höheren Entwicklung und Erziehung der linken Hemisphäre, welche über die mehr specialisirten und freieren Bewegungen der rechten Körperhälfte den Vorsitz führt. Bei diesem Gehirn war der Vorrang des linken Parietallappens in Grösse und wahrscheinlich an Gewicht so bedeutend, dass er sofort auffiel und doch war die rechte Körperhälfte am wenigsten befähigt, freie Bewegungen auszuführen.

Ungleichheit in der Grösse beider Hemisphären ist für sich allein mit

kräftiger und normaler Verrichtung der Hirnfunctionen vereinbar. Die nach *Griesinger* bei Idioten beobachtete Ungleichheit hängt begreiflicherweise mit pathologischen Zuständen zusammen. Bezüglich der bei diesem Gehirn offenbar dickeren grauen Rindenschicht erwähnt *Griesinger* einen ungewöhnlichen Ueberfluss von grauer Substanz in den Gehirnen einiger Idioten. Wahrscheinlich erklärt sich dieses Verhalten daraus, dass die fraglichen Gehirne in einem unentwickelten Zustande waren. Denn in dem Hirnmark des vollentwickelten Gehirns scheint nach *Meynert* (The Brain of Mammals p. 390) keine feine Granularsubstanz vorhanden zu sein. Wohl aber existirt sie während der Entwicklungsperiode und wahrscheinlich gelegentlich als scheinbares Mark des unreifen Organs.

Verf. hat sich durch zahlreiche Schnitte überzeugt, dass die Pyramidenzellen vorzüglich der zweiten und einige von der dritten Rindenschicht einen Zustand von mangelhafter Entwicklung zeigen. Der Fortsätze sind weniger als im normalen Zustande; in der That ist in den meisten Fällen nur der Spitzenfortsatz vorhanden. Die Zellen sind im ganzen mehr oval und manche könnte man etwas heller als gewöhnlich beschreiben. 2 beigegebene Skizzen geben ein Bild derselben und der mehr normalen der dritten Schicht.

Bei einem gesunden Kinde würde, wie man gelegentlich sieht, ein Fall auf den Kopf höchstens einen epileptiformen Anfall, unmiltelbar von einer unfreiwilligen Urinentleerung und einem wiederherstellenden Schlafe gefolgt, hervorgerufen haben. Bei diesem Knaben mit einem unfesten, unsymmetrischen Gehirn, mit unvollkommen entwickelten Zellen traten die oben beschriebenen Symptome auf. Wahrscheinlich war die Krankheit vor der Aufnahme eine postepileptische und bis zu einer gewissen Ausdehnung derselben Art wie die lethale gewesen.

Es liegt kein Grund zu der Voraussetzung vor, dass die gewöhnlichen Gefässveränderungen, welche als Resultat eines leichten oder mässig schweren Stosses in dem Gehirn auftraten, hier gefehlt hätten. Aber es ist nur schwer zu verstehen, wie bei Abwesenheit von entzündlichen Veränderungen die Lähmung fortbestand, obgleich am 6. Tage eine träumerische Art des Bewusstseins wiederkehrte. Möglicherweise ist der Rückfall am folgenden Tage durch einen unbeobachteten epileptischen Anfall eingeleitet worden. Der Fehler scheint wesentlich ein molekularer gewesen zu sein und die Fortdauer der Störung war nicht sowohl durch Gefässveränderungen verschuldet, sondern vielmehr durch eine fortdauernde Unfähigkeit der Hirnzellen, sich die für ihre Thätigkeit nöthige Nahrung anzueignen. In mancher Beziehung kommt der Fall mit Fällen von functioneller Hemiplegie und Hemianästhesie überein. *Wilks* sagt in seinen Vorlesungen über „Krankheiten des Nervensystems", dass nach seiner Erfahrung vollkommene Hemianästhesie stets functionell gewesen sei. Phänomene, wie die wunderlichen Fälle hypnotischen Zustandes, kommen zumeist wenn nicht immer bei denen vor, deren Nervencentren wandelbar und leicht erschöpft sind

und bei denen die Kraft, niedere Centren durch höhere zu beherrschen, sehr schwach ist. Bei solchen Personen erschöpft eine leichte andauernde Irritation, mag sie von dem Ovarium oder von den Operationen des Mesmerist herrühren, die Centren, bis zu welchen der Reiz fortgeleitet wird, leicht. Gewisse Zellengruppen sind eher in den Zustand der Erschöpfung als den der vermehrten Spannung zu versetzen. In dem Lichte solcher Erwägung und bei der unvollkommenen Entwicklung des Gehirns dieses Knaben wird verhältnissmässig klar, was erst schwierig und verwirrend schien.

D. Brodie, The conditions necessary for the successful training of the imbecile. — The J. of ment. sc. April.

Die Erziehung der Imbecillen ist jetzt überall als eine wichtige und gebieterische Pflicht anerkannt, die nicht ohne Schande und Schaden vernachlässigt werden kann, aber zu einem wirklichen practischen Erfolg fehlt noch viel. Die (in England) gesetzlich bestimmte Beziehung zwischen Imbecillität und Irrsinn hat das Verfahren gegen erziehbare Imbec. verwirrt und verwickelt. Es hat keinen Sinn, wenn jugendliche Imbec. auf allen ihren Entwicklungsstufen mit Irren zusammengestellt oder in irgend einer Weise den gesetzlichen Bestimmungen unterworfen werden, welche bezüglich dieser Gesellschaftsklasse in Kraft sind. Imbec. verlangen vorwiegend eine erziehliche Einwirkung. Man muss mit einer solchen beginnen und enden. Vorausgesetzt, dass das Gesetz für alle jugendlichen Individuen Erziehung fordert, sollte die Verpflichtung zur Fürsorge für die der Erziehung am bedürftigsten Imbec. den Autoritäten des Irrenwesens, die buchstäblich nichts für dieselben thun können, entnommen und den Schulbehörden übertragen werden.

Die Vortheile dieser Erkenntniss der wahren Stellung der Imbec. und deren Ansprüche an die Gesellschaft werden in den Vereinigten Staaten klar, wo Anstalten für die Erziehung und den Unterricht der Imbec., von den einzelnen Staaten gegründet und ausgestattet, die Ergänzung der grössten Erziehungsmaschinerie, welche die Welt je gesehen hat, bilden. 12 der Staaten mit einer Bevölkerung von über 23 Millionen haben öffentliche Fürsorge für die Erziehung der Idiotischen und Schwachbegabten getroffen und 2330 Zöglinge dieser Klasse werden erzogen und industriell angeleitet. Letztere werden unter Staatsautorität durch competente Personen streng hinsichtlich ihrer Erziehungsfähigkeit ausgewählt. Die Anstalten sind nach Ansicht des Verf. ausgezeichnet und bieten ein im Vergleich zu England höheres Material und die Resultate der Wirkung sind entsprechend ermuthigend und genügend. Dr. *Wilbur* hält dafür, dass von 75 pCt. die industrielle Fähigkeit entwickelt werden könne und die übrigen 25 pCt. seien eine so schwere Steuer für die productive Energie ihrer Familien, dass man es für eine weise Maassregel erkennt, wenn für sie nicht in ihrem

eignen Heim, sondern anderwärts gesorgt wird. In England schaut man fast vergeblich nach öffentlichem Mitgefühl für den Gegenstand aus und der Erfolg in den Anstalten ist meist entmuthigend und ungenügend. Die Hoffnung für die Zukunft beruht auf der Wiedereinstellung dieser Hilflosen in ihren eigenen und natürlichen Platz unter die Erziehungseinrichtungen des Landes. Die Ausgabe würde eine Bagatelle in der Nationalausgabe sein. Die Gesellschaft würde nicht nur bezüglich ihrer Pflicht gegen die am meisten abhängigen Glieder entlastet, sondern Tausende der hoffnungsvollsten Fälle, welche niemals unter intelligente Führung kommen werden, wenn sie den Irren zugetheilt bleiben, würden zu frühzeitiger Erziehung gelangen und mit Brauchbarkeit und Selbstvertrauen ausgerüstet werden. Jeder Schulmeister kann von einer gewissen Zahl eigenthümlicher, excentrischer oder rückgängiger Kinder berichten, die seine besten Bestrebungen getäuscht haben und von denen einige schliesslich in die Klasse der Verbrecher oder Armen zur steten Last und Schande der Gesellschaft eingetreten sind.

Aus dem 3. Bericht des Commissioners for Prisons erhellt, dass in den 12 Monaten vor ihrer letzten Berichterstattung nicht weniger als 541 Imbec. oder schwachbegabte Gefangene aufgenommen wurden und dass damals 125 der beklagenswerthen Klasse in Untersuchungshaft waren. In den Berichten des Gouverneurs von Gaols waren Fälle von Imbec. oder Schwachbegabtheit zwischen denen, welche als habituelle Verbrecher klassificirt waren, nicht selten. (British Medical Journal, No. 13, p. 801.)

Dass man in Schottland bez. dieses Gegenstandes nicht zurücksteht, geht aus dem nachgelassenen Bericht des Dr. *Malcolm* in Perth, Wundarzt des Hauptgefängnisses, hervor, nach dessen Meinung „nach 18jähriger vertrauter Bekanntschaft mit Verbrechern 9 von 10 als von untergeordneter Intelligenz anzusehen seien". Sein Nachfolger Mr. *J. B. Thomson* war gleicherweise bestimmt in dem Ausdruck seiner Meinung, „dass im Ganzen die Intellecte der Gefangenen weit unter dem Mittel seien und dass ein grosser Theil an angeborenem Schwachsinn leide".

Kinder von niedriger Organisation und unvollkommen entwickelten Geisteskräften sind ein Hemmschuh und ein ernstliches Hinderniss in der Thätigkeit der gewöhnlichen Schule.

Es fragt sich nur, wie die Erziehung dieser abnormen Jugend am wirksamsten einzurichten ist. Unglücklicherweise haben die Freunde der Imbec. als eine wesentliche Vorbedingung eines systematischen Behandlungsplanes die Errichtung von Anstalten angesehen, die hauptsächlich nach den Grundsätzen entwickelt worden sind, welche für die Fürsorge und Pflege der Irren passen, deren einige eine ungeheure Ausdehnung gewonnen haben und die alle zu gross sind, um die gehörige Individualisirung zu gestatten.

Einige Bemerkungen über den zweifelhaften Werth der für die Behandlung der Imbec. bestehenden Einrichtungen sind von dem schottischen Irrenamt veröffentlicht worden. Der Bericht von 1877 stellt bezüglich eines jungen Menschen fest, dass ein Fortschreiten unter privater und häuslicher Pflege

stattgefunden habe, das in einer Anstalt oder zwischen andern Knaben seines Alters in einem öffentlichen Institut nicht erreicht worden wäre. Sodann hatte ein Mädchen volle 5 Jahre in einer Anstalt für Imbec. zugebracht, um ungebessert entlassen zu werden. Sie blieb sodann in einem Armenhause 6 Monate ohne allen Fortschritt und wurde endlich 16 J. alt der Pflege eines Köthners und seines Weibes übergeben. 4 J. später berichtet derselbe Commissioner einen merklichen Fortschritt. Sie half bei allen einfachen Geschäften der Hausfrau und sprach einfache Sätze. Dazu bemerkt der Commissioner: Ich glaube, dass in den meisten Fällen, wo wirksame private Aufsicht erlangt werden kann, diese in jeder Beziehung wünschenswerther ist. Und weiter: Ich neige mich der Ansicht zu, dass Bestrebungen in der Richtung auf höhere Cultur im Allgemeinen fruchtlos und zuweilen verderblich sind .... Ich theile diese Beobachtung mit, weil es nicht hinreichend von einigen der bei der Beaufsichtigung von Idioten Interessirten erkannt ist, wie viel für sie unter günstigen Umständen gethan werden kann, ohne sie aus ihren natürlichen Umgebungen zu entfernen.

Würdigen somit die Irrenbeamten die Nothwendigkeit einer vollkommenen Individualisirung, so werden sie auch zugestehen, dass eine solche in Idiotenanstalten von 700, 400 etc. eine reine Unmöglichkeit ist. Trotz aller Kosten für Einrichtung und Unterhaltung will es scheinen, wenn die Ansichten der Irrenbehörden wohl begründet sind, dass wir zu dem unwillkommenen Schlusse getrieben werden, die letzten Resultate der Anstalten seien von geringerem Werthe als die, die durch einen „Köthner und sein Weib" erreicht wurden, und diese Hilflosen seien mit so viel ängstlicher Mühe und grossen Geldausgaben nicht zu ihrem Vortheil, sondern zu ihrem Schaden zusammengebracht worden.

Dies traurige Fehlschlagen kann sicher vermieden werden, wenn die Imbec. in Gruppen erzogen werden, hinreichend klein, um den speciellen Mängeln und Forderungen jedes einzelnen Falles Rechnung tragen zu können.

Verfasser kennt zahlreiche Fälle, wo die beste häusliche Pflege und elterliche Erziehung den Zweck verfehlte, das Kind für die Heimath erträglich zu machen und bei welchen die Entfernung aus den „natürlichen Umgebungen" zur wirklichen und andauernden Wohlthat mit guten Resultaten und unter dankbarer Anerkennung von Seiten der Eltern gereichte. Niemals hat er aber principiell eher die Entfernung des Kindes aus seiner Heimath angerathen, als bis die sonst günstigen Einflüsse unzureichend für dessen Bedürfnisse geworden waren.

Er findet die Zahl von 50 Zöglingen hinreichend, um einen Director, der mit allen Interessenten in unmittelbarer lebendiger Berührung stehen soll, mit 3 Gehilfen vollauf zu beschäftigen. Willkommen würde er eine Erklärung heissen, wie eine grössere Zahl wirklich beaufsichtigt und erzogen werden könne, aber er zweifelt nicht weder an dem Vortheil einer noch geringeren Zahl, noch an der Gefahr einer hastigen Ueberschreitung

derselben. Er meint auch, die Mitwirkung der Schulbehörden um so eher erreichen zu können, wenn man zeigen könnte, dass jede Grafschaft etwa die obige Zahl von erziehbaren Fällen enthält, wie es nach seiner Ansicht wirklich der Fall ist.

Das was der Verf. über die Lage und Construction der nöthigen Gebäude, die Einrichtung derselben, die eigentlichen Erziehungsmaassregeln, die Unterrichtsgegenstände und -Stunden etc. sagt, verdient vollen Beifall. Den Schluss der Arbeit erlauben wir uns wörtlich anzuführen:

Einer der interessantesten Züge des Erziehungswerkes bei Imbecillen ist, dass es wichtiges Licht auf die bei der normalen Jugend angewandten Erziehungssysteme wirft, die zugestandenermaassen noch keine Vollkommenheit erreicht haben. Der Erzieher der Imbec. wird nichts ausrichten, wenn er nicht die physiologischen Bedingungen beobachtet, unter denen auf den menschlichen Geist gewirkt und derselbe erregt werden kann. Er muss den Geist durch den Körper ergreifen, der Körper muss in der That weit aus Gegenstand eigenthümlicher Erziehungsbemühungen sein. Die natürliche Ordnung in der Entwicklung der geistigen Kräfte muss beobachtet werden. Man darf die Denkkraft nicht vorzeitig oder zu anhaltend anreizen, weil voller Raum für die Uebung der perceptiven Kräfte gegeben werden muss. Abstracte Gegenstände müssen vorsichtig vorgeführt werden, um die höhere Entwicklung nicht vorzeitig zu schädigen. Geistige Ueberanstrengung muss unbedingt vermieden und der Versuch vollzustopfen wird bald als vergebliches Bestreben erkannt werden. Endlich muss man die jugendliche Natur des Menschen in der normalen, wie in der anormalen Sphäre studiren, ihre Bedürfnisse und Fähigkeiten klar legen, bevor man an eine wirksame Erziehung denken kann.

Referent erlaubt sich noch folgende Bemerkungen: Aus vorliegender Arbeit wird wiederum zweierlei schon anderwärts hervorgehobenes bestätigt. Einmal, dass in den amerikanischen Erziehungsanstalten für Schwachsinnige ein unvergleichlich höheres Material vorhanden ist, als in England und im Allgemeinen in Deutschland. Dies erklärt die gepriesenen Erfolge. Sodann scheinen die Aufnahmebedingungen in England wirklich beschwerlich und zum Theil abschreckend zu sein. Ein zwingender Grund, um die fraglichen Anstalten dem bisherigen Ressort, der psychiatrischen Oberaufsicht zu entziehen, wird nicht angeführt. Sind die Anstalten zu gross, so mögen sie kleiner gemacht werden. Fehlen die pädagogischen Kräfte, so sind deren in ausreichender Menge heranzuziehen und auszubilden. Man darf nicht vergessen, dass die Schulbehörden in England so gut wie in Deutschland das Material bisher in den Händen gehabt und nichts damit angefangen haben, weil die reine Pädagogik nichts mit denselben anzufangen weiss, und sich deshalb die seltsam benannte „Heilpädagogik" abgegrenzt hat, die, wo sie verständig betrieben wird, Fühlung mit der Psychiatrie sucht. Zudem setzen sich die grösseren Anstalten, wie sie in England und Deutschland bestehen, aus Erziehungs- und Pflegeanstalt zusammen und ich sehe

nicht ein, warum den ersteren Abtheilungen nicht ihr volles Recht werden könnte.

Im Ganzen erscheinen die Idiotenanstalten dem grossen Publikum, den Unterrichts- und anderen Behörden noch zu unproductiv und man bekümmert sich um dieselben nur insoweit, als man vom Rade der Zeit getrieben muss. Der grösste Theil ihrer Wirksamkeit ist in der That conservirender und prophylactischer Art. Man geräth auf einen Abweg, wenn man immer wieder die Zurückgabe an das Leben als das einzige Endziel hinstellt. Hat man nur dies im Auge, dann ist das Material allerdings so zu sichten, dass nur die allerbesten und auserlesensten Fälle in Anstalten kommen und dann wird sich die Beschränkung auf eine kleine Zahl ganz von selbst ergeben. Für solche Fälle scheinen in grossen Städten die jetzt hin und wieder eingerichteten Schulen oder Klassen für Schwachbefähigte am Platze zu sein.

Ref. liegt das Regulativ, die provisorische Einrichtung einer Hülfsklasse bei den Bürgerschulen zu Braunschweig für schwachbefähigte Kinder betreffend vor, aus welchen er die Hauptpunkte heraushebt.

1. Die Einrichtung wird zunächst für die Dauer eines Jahres getroffen.

2. Die unmittelbare Leitung hat der Director der Bürgerschulen.

3. Als Klassenlehrer fungirt ein Bürgerschullehrer und für den Handarbeitunterricht eine Lehrerin.

4. Aufnahme finden auf Verfügung des Directors der Bürgerschulen solche in leichterem Grade schwachsinnige Kinder, welche nach dem Gutachten eines sachverständigen Arztes als für die Schule der Vollsinnigen ungeeignet erscheinen. Ausgeschlossen sind Kinder, welche wegen zu geringer geistiger Befähigung oder wegen zu grosser körperlicher Belastung oder zu mangelhafter und unzureichender häuslicher Pflege und Beaufsichtigung in eine besondere Anstalt gehören.

5. In 26 Stunden wöchentlich werden die Kinder unterrichtet in der biblischen Geschichte, Lesen, Schreiben, Rechnen, Anschauungsunterricht, Turnen und Spielen, Handarbeiten.

6. Bis auf weiteres tritt eine Trennung der Geschlechter nicht ein.

7. Das Schulgeld beträgt jährlich 5 Mk.

8. Die Aufnahme erfolgt auf Antrag des gesetzlichen Vertreters der Kinder. Die erfolgte Aufnahme bindet sowohl die Schule, wie den Vertreter des Kindes auf die Dauer eines Schuljahres und gilt, dafern nicht beim Schlusse des Schuljahres entweder die Auflösung der Hülfsklasse beschlossen oder auf ärztliches Gutachten die Entlassung des betreffenden Kindes verfügt, oder aber das letztere von seinem Vertreter abgemeldet wird, rücksichtlich der im schulpflichtigen Alter befindlichen Kinder als auf das folgende Jahr stillschweigend fortgesetzt.

9. Die Eröffnung der Hülfsklasse erfolgt mit dem Beginn des Osterquartals 1881.

Knapp, Ueber den Cretinismus in Steiermark. — Ztschr. für Idiotenwesen. Febr. Jahrg. I., No. 3 u. 4.

In Cisleithanien haben die Gemeindevorsteher bei jedem Jahresschlusse nebst vielen anderen Ausweisen auch ein Verzeichniss aller in der Gemeinde lebender Cretinen zu liefern. Diese Verzeichnisse werden bei den k. k. Bezirkshauptmannschaften zusammengestellt, an die Statthaltereien und von diesen nach Ländern summirt an das Ministerium des Innern gesandt, wo sie vom statistischen Centralbureau zusammengefasst und nach einigen Jahren veröffentlich werden. Obgleich demnach die Grundverzeichnisse nicht von Sachverständigen verfasst werden und manchen Irrthümern unterworfen sind, geben sie doch einige Anhaltspunkte zur Beurtheilung des Sachverhaltes. Alle Idioten sind unter dem Namen Cretinen aufgeführt, weil letztere unzweifelhaft in Steiermark die Mehrzahl bilden und eine genaue Klassificirung selbst einem Fachmann oft Schwierigkeiten bereitet.

Am Schluss des J. 1879 waren in Steiermark vorhanden 2526 Cr., davon 247 unter 15 J., 1293 arbeitsfähig, 1233 arbeitsunfähig. Da die Bevölkerung nach der Zählung von 1869 1131309 Einw. beträgt, kommen auf 10000 mehr als 22 Cr.

Nach desselben Verf.'s „Untersuchungen über Cretin. in einigen Theilen Steiermarks, Graz 1878" waren nach den officiellen Quellen im J. 1876 in Steiermark vorhanden 2297 Cr.

In den seit 10 J. bestehenden Landessiechenhäusern findet mancher Cr. Aufnahme. Die barmherzigen Brüder haben in Kainbach bei Graz in einem allerdings nicht ganz passenden Gebäude mit einem Zimmer eine Bewahranstalt für Id. errichtet, in welcher seit 1879 11 Pfleglinge menschenwürdig untergebracht sind. Von den Kreuzschwestern zu Bruck an d. Mur ist eine Cr.-Heil-Anstalt unter dem Namen Pius-Institut errichtet und 1879 mit 7 Zöglingen eröffnet worden. Im ersten Jahre stieg die Zahl der Verpflegten auf 18.

Die grosse Mehrzahl der arbeitsunfähigen Cr. (1233) ist der sogen. häuslichen Pflege oder der Gemeindeversorgung übergeben. Was dies sagen will, möge man vom Verf. selbst vernehmen.

Kind, Ist es nothwendig, dass epileptische und nicht epileptische Idioten von einander getrennt verpflegt und erzogen werden? — Ztschr. für Idiotenwesen. I. J. No. 5.

Ref. erlaubte sich diese Frage in einer Abendsitzung der Conferenz in Stuttgart auf mehrseitigen Wunsch zur Discussion zu stellen. Motive: Manche Idioten-Anstalten wie Gladbach, Schwerin schliessen principiell die Aufnahme von epileptischen Idioten aus. In Stetten verfolgt man jetzt eine andere Praxis als früher. Die Berichte aus Erkerode bezeichnen das Zusammenleben von epileptischen Idioten mit anderen Idioten als einen

schweren Uebelstand, und stellen die absolute Trennung als durchaus nothwendig dar.

Entgegen den von letzter Seite angeführten Gründen ist es nicht evident, dass bis dahin ganz gesunde Menschen durch den Anblick Epileptischer ebenfalls epileptisch geworden seien; es ist vielmehr anzunehmen, dass es sich um reizbare, nervöse, überhaupt schwächlich constituirte Personen gehandelt habe. Um ganz gesunde Menschen handelt es sich auch nicht, sondern um Idioten, deren Perception geschwächt ist und denen man im Allgemeinen eine leichte Erregbarkeit nicht zuschreiben kann.

Ref. hat auch während eines Zeitraumes von 30 J. keinen üblen Einfluss von epileptischen Idioten auf andere Idioten bemerken können.

Daher und aus der Erfahrung, dass den einzelnen Epil. in Bezug auf augenblicklichen Beistand, Pflege, Umgang, Unterricht besser gedient werden konnte, wenn sie mehr vereinzelt in Abtheilungen nicht epileptischer Idioten vertheilt waren, hält Ref. die Forderung einer absoluten Trennung beider für nicht begründet. Dass epileptische Idioten zu Zeiten überhaupt aus der Gemeinschaft zu entfernen und zu isoliren sind, hat mit dieser Frage nichts zu thun.

Eine andere Frage ist, ob Epileptiker, deren geistiges Leben durch die meist später aufgetretene Epilepsie noch nicht merklich geschwächt oder nur wenig und zeitweise alterirt worden ist, mit epileptischen Idioten zugleich verpflegt und behandelt werden können. Fast alle Gründe, welche für Isolirung der Idioten von den Gesunden sprechen, lassen sich für eine Verneinung der Frage anführen und die Erfahrungen in der Anstalt für Epil. in Bielefeld, welche gesonderte Verpflegungshäuser für epileptische Idioten hervorgerufen haben, sprechen ebenfalls dafür. Ref. hat nicht selten Epil. bekommen, die nach einer normalen Entwicklung von 10—15 J. epileptisch geworden, sich in den freien Zwischenzeiten sehr unwohl und deprimirt fühlten, wenn sie mit Idioten in Berührung kamen. Er kann deshalb die Unterbringung solcher Epil., die geistig nur wenig gelitten haben, in Idioten-Anstalten nur unter der Bedingung für statthaft erklären, wenn beide Klassen nicht mit einander in Berührung kommen.

Die sich anschliessende Discussion stimmte Obigem bei. Gelte es für mehrere Hundert Epil. zu sorgen, so sei eine eigene Anstalt zu errichten.

R. Coën, Die Sprache der Schwachsinnigen und Idioten. — Allg. Wiener med. Zeit. No. 14.

Die Sprachstörungen derselben haben zunächst nur ein wissenschaftliches, aber insofern auch ein practisches Interesse, als sie von dem Arzte als ein werthvolles diagnostisches Hülfsmittel zur Beurtheilung der Geistesschwäche oder des gänzlichen Blödsinns verwerthet werden und zur Aufstellung der Prognose dienen können.

Bei den Schwachsinnigen (Imbec.) ersten, leichtern Grades ist die

Sprache, wenn auch wortarm, doch leicht und frei. Dieselben beantworten die Fragen ziemlich richtig, wenn sie auch selbst keine Frage zu stellen vermögen (? Ref.). Da die Vorstellungen und Gefühle dürftig sind, sind die übrigens richtig ausgesprochenen Worte albern und fade. Die Therapie kann nur darin bestehen, dass man die Geistesfunctionen anzuregen und consecutiv die Sprache zu heben trachtet. Bei den Schwachsinnigen zweiten Grades ist der Wortschatz ärmer. Die Fragen werden nur einsilbig beantwortet. Dringt man auf Wiederholung eines Satzes, so wird dessen grammatische Fügung mangelhaft. Meist werden die Hauptwörter ausgelassen (?) und die Zeitwörter im Infinitiv gebraucht. Hält man solche Kranke nicht zum Sprechen an, so bleiben sie tagelang stumm und sprechen erst durch Bedürfnisse veranlasst (?). Therapie dieselbe, nur länger und sorgfältig fortzusetzen.

Der Idiotismus beruhe bekanntlich auf einer abnormen Gehirn- und Schädelentwicklung, die uns als Mikrocephalie entgegentrete. Letztere gehe aus einem Stillstand in der Entwicklung der Hemisphären hervor, so dass diese Organe auf einer Stufe blieben, welche einer bestimmten Phase des embryonalen Lebens entspreche. Je nach dem Grade dieser Entwicklungshemmung seien die Geistes- und Sprechfähigkeiten nicht bei allen Idioten auf einer gleich niederen Stufe.

Die mit erworbener Idiotie behafteten behalten noch eine Zeitlang die früher erlernten Worte, diese werden aber rasch und mechanisch untereinander geworfen, ohne dass sich eine Vorstellung mit denselben verbindet.

Bei angeborener Idiotie gebrauchen Einige nur spärliche Worte, wenn sie ihre Wünsche kund geben wollen. Meist lächeln dieselben, betasten Alles und stossen unartikulirte Töne aus. Ref. kann sich keines Idioten erinnern, der für gewöhnlich unartikulirte Töne ausgestossen und dabei gesprochen hätte, nur Eines mit fliessend entwickelter Sprache, die aber unaufhörlich von Gebell unterbrochen wurde.

Eine zweite Gruppe der Idioten spricht nie etwas selbständig, sondern nur papageienartig mechanisch nach.

Eine dritte Klasse lernt gar nicht sprechen. Diese unterscheidet sich von den mit Alalia idiopathica behafteten, sonst vollkommen körperlich und geistig entwickelten Kindern dadurch, dass das Sprechenlernen bei ihnen eine absolute Unmöglichkeit ist, während jene durch geeignete Mittel in den Besitz der Sprache gelangen können.

Wie man sieht, wird in dem Aufsatze etwas Neues oder Besonderes nicht geboten. Insbesondere schwimmt die unterste Klasse der Imbecillen gänzlich mit der obersten der Idioten zusammen. Die Mikrocephalie ist auch nur eine Art, und wie man sagen kann, nur eine seltene der abnormen Gehirn- und Schädelbildung bei Idiotismus.

Ein zweiter Aufsatz:

Die Lautentwicklung bei idiotischen Kindern von *Reichelt* in Hubertusburg. — Zeitschr. für Idiotenwesen. I. J. No. 5.

ist von ungleich grösserer praktischer Bedeutung. Bezüglich 1) der Lautentstehung reproducirt er den Hauptinhalt des die ganze neuere Literatur über den Gegenstand berücksichtigenden Werkchens: Die Sprache des Kindes von Dr. *Fr. Schultze*, Leipzig 1880. Bezüglich 2) der Hindernisse des Sprechens weist er auf die Mängel der Psyche, der Gehör- und Sprachorgane der Idioten hin. 3) Die methodische Lautentwicklung, deren Technik der Verf. eingehend zu geben sich bemüht, ist leider ein Feld, auf welchem nur in seltenen Fällen grosse Erfolge zu erreichen sind. Die psychischen Mängel sind eben vorwaltend und somit fehlt die vis impulsativa zum Sprechen, dazu kommen die mangelhafte Innervation im Allgemeinen und besonders bei den Gelähmten, die Abnormitäten des Baues der Zunge, des Gaumens, der Kiefer und Zähne, wie sie besonders bei den progeneen Schädeln vorwalten.

Baistrocchi, Sopra un idiota microcefalo. — Riv. sper. di fren. 1880. VI.

Der im Alter von 16 Jahren gestorbene Kranke soll 20 Monate alt eine Encephalitis durchgemacht haben und in Folge davon eine Entwicklungshemmung erlitten haben. Boshafter, heftiger Charakter. Atrophie und Contractur des rechten Armes und Beines, hier sollen auch convulsivische Bewegungen aufgetreten sein. 12 Jahre alt hatte der idiotische Knabe eine Körperlänge von 1,27 M. und wog 31,5 Kgr. Die Schädelmaasse waren: Umfang 465 Mm., Curva occipito-frontal. 250, C. biauricular. 240, Diamet. antero-poster. 153, Diam. transvers. 135. Die Stirnverhältnisse: Höhe 50, Curve 160, Durchmesser 110. — Im Alter von 16 Jahren hatte er eine Länge von 1,39 M. Die Schädelmaasse waren: Umfang 480 Mm., Curv. occipito-frontal. 300, C. biauricular. 280, Diam. antero-posterior 165, D. transvers. 145.

B. theilt nun in einzelnen Tabellen ganz ausführlich die Längenverhältnisse der einzelnen Skeletttheile und die minutiösesten Schädelmaasse mit; ferner giebt er sehr eingehend die Windungsverhältnisse mit Angabe der verschiedensten Maasse an. — Das Gehirn wog 660 Grm., die rechte Hemisphäre 352 Grm., die linke Hemisphäre 153, das Kleinhirn und Mittelhirn 155. Die Länge der rechten Hemisphäre betrug 128 Mm., die Breite 70; der linken Hemisphäre 108 und 55. *S.*

Tamburini, Cranio e cervello di un idrocefalo di 19 anni. — Riv. sper. di freniatr. 1880. Bd. VI.

F. S., geboren im August 1861, stammte von gesunden Eltern, hatte noch mehrere gesunde und wohlgebildete Geschwister. Zur Zeit der Geburt soll der Kopf des Kranken ganz normale Form und Verhältnisse gezeigt haben. Er entwickelte sich vollständig normal bis zum 2. Lebensjahr, wo der Kopf anfing übermässig zu wachsen, besonders in der Stirngegend. Im 5. Lebensjahre erreichte der Kopf ungefähr seine grösste Ausdehnung; die geistigen Fähigkeiten entwickelten sich nicht weiter, sondern gingen zurück. Die Sprache war die eines 1jährigen Kindes. Das Sehvermögen nahm ab und zugleich damit bildete sich Strabismus und Nystagmus aus. Mit 8 Jahren fiel der Kranke von einer Treppe, zog sich eine schwere Verletzung an der linken Kopfseite zu mit Fractur des Stirn- und Scheitelbeines, sofort traten Convulsionen auf, hauptsächlich der rechten Seite und hier vorzugsweise der oberen Extremität; sie wiederholten sich jedoch in der Zeit nach der Verletzung nicht mehr, bis der Kranke nach 3 Jahren abermals gegen diese Kopfseite fiel und sich eine Verletzung zuzog. Von dieser Zeit an wiederholten sich die Anfälle von Convulsionen häufig und hielten an bis zum beendeten 18. Lebensjahre des Kranken, wo dann eine allgemeine Contractur der Gliedmaassen eintrat. Der Körper ist stark abgemagert, die Musculatur ungemein atrophisch, die Haut sehr blass. Die willkürliche Bewegungsfähigkeit der Glieder ist verschwunden. Die Sensibilität ist erhalten, die Schmerzempfindlichkeit etwas herabgesetzt. Das Sehvermögen hat stark gelitten; das Gehör normal, ebenso die anderen Sinne. Die geistigen Fähigkeiten bis zu fast vollständigem Blödsinn herabgesunken. — Der Kranke starb 19 Jahre alt an Marasmus.

Die Länge der Leiche betrug 1,58 M. Der Schädel ungemein entwickelt, besonders in der Stirngegend, seine Capacität beträgt 3090 Cub. Ctm., Diamet. anter.-posterior. 213 Mm., D. transvers. 184, D. bitemporal. 173, D. biauricular. 173, D. frontal. minim. 109, Linea basilar. 111; Curva frontal. 180, C. parietal. 144, supraoccipital. 72, C. biauricular. 429; Um-Umfang des Schädels 620 Mm. Diese Maasse sind vom macerirten Schädel genommen. — Das Schädeldach war dünn und durchscheinend. Das Gehirn wog ohne Ventrikelflüssigkeit 1150 Grm. Bei Eröffnung der Ventrikel flossen 1630 Cub. Ctm. Fluidum ab, bei Herausnahme des Gehirns aus der Schädelhöhle waren ebenfalls circa 300 Cub. Ctm. abgeflossen, so dass die Flüssigkeitsmenge im Gehirn beinahe 2000 Cub. Ctm. betrug. Die Seitenventrikel sind enorm erweitert, auch der 3. Ventrikel ist erweitert; das Ependym ist granulirt. Der 4. Ventrikel zeigt keine Erweiterung. Der Aquaeductus Sylvii ist verwachsen. Die Gehirnsubstanz ist in Folge der starken Erweiterung der Seitenventrikel, zumal in der Frontalgegend, reducirt und zeigt in der erwähnten Gegend nur eine Dicke von 3 Mm., in der Occipitalgegend hat sie die grösste Mächtigkeit und hat eine Stärke

von 20 Mm. An dem hinteren Theil der mittleren und unteren Stirnwindung links, entsprechend der Schädelfractur, ist der Abschluss des Seitenventrikels nur durch die Hirnhäute gebildet. — Die Medulla spinalis zeigt nichts Abnormes bis auf Erweiterung des Centralkanals in der Lendenanschwellung. — Die mikroskopische Untersuchung des Gehirns ergab einen Mangel an Ganglienzellen in der grauen Substanz der Stirnwindungen.

S.

Tamburini, Un caso di microcefalia. — Archivio italiano per le malat. nervos. Heft I. u. II.

Ein Knabe von 12 Jahren, 1,302 Met. gross, 26,309 Kgr. wiegend, zeigt folgende Schädelmaasse. Umfang 418 Mm., Curva longitudin. 240, C. transvers. 238, Diamet. longitud. 142, D. transvers. 111, D. frontal. 89, Stirnhöhe 39, Gesichtswinkel 70°. — Gewisser Grad geringer geistiger Begabung; Anfälle von Unruhe und Aufregung mit gewaltthätigen Handlungen treten auf. *S.*

Gonzales, Caso di microcefalia. — Archivio italiano per le malat. nervos. Heft I. u. II.

Die 33jährige Kranke, in geistiger und körperlicher Beziehung auf einer niederen Stufe stehend, ist von heftigem, boshaftem Charakter; hat eine Grösse von 1,32 Met. Verkrümmung der Wirbelsäule nach rechts, rechtsseitiges Genu valgum. Die Sprache ist die eines Kindes. — Die Schädelmaasse waren folgende, Umfang 447 Mm., Curva antero-posterior. 260, Curva tranvers. 257, Diamet. transvers. 128, D. longitudin. 155, Gesichtswinkel 64°. — Stirnhöhe 44 Mm. *S.*

12. Anstaltswesen. Referent: Laehr.

Hecker, E., Ueb. das Verhältniss zwischen Nerven- und Geisteskrankheiten mit besonderer Rücksicht auf ihre Behandlung in getrennten Anstalten. — Kassel. 34 S.

Verf. weist zunächst die Beziehungen der Nervenkrankheiten zu den Psychosen und deren Uebergängen nach und plädirt für das Bestehen von Specialheilanstalten für Nervenkranke. Dahin gehörten besonders die schweren aber doch heilbaren allgemeinen Neurosen: Hysterie, Chorea, Neurasthenia spinalis, Spinalirritation, allgemeine Nervosität, Hypochondrie, Morphiumsucht und Alcoholismus, Anfangsstadien der Psychosen gehören dahin und es ist gerechtfertigt, Kinder einer neuropsychopathisch belasteten

Familie von Zeit zu Zeit unter die sachverständige Beobachtung und die psychisch-educative Behandlung eines Psychiaters zu bringen. Ebenso Kranke mit Zwangsvorstellungen, Grübelsucht, endlich Reconvalescenten von Psychosen.

Flamm, Studie über Irren-Colonien. — Separatabdruck aus den Jhrb. f. Psych. Wien, 1881. 43 S.

Verf. pachtete auf 18 J. eine Domäne bei Reutlingen, um eine Colonisation zu beginnen. Zu diesem Zwecke besichtigte er Alt-Scherbitz, das aus einer für $^1/_3$ der Kranken eingerichteten Centralanstalt und aus Cottages für $^2/_3$ der Kranken bestehe. Ein nicht unbedeutender Reingewinn falle der Provinz zu. 88,5 pCt. seien beschäftigt, davon 77 pCt. fleissig, 11,5 pCt. halbleistungsfähig und die Uebrigen körperlich krank, psychisch erregt oder faul. Auch die Paralytiker gehörten zu den ausdauerndsten und leistungsfähigsten Kranken. Von Zschadras bei Colditz, 1868 gegründet, mit einem Areal von 245 pr. Morgen, mit 275 männl. Colonisten gewann Verf. einen gleich wohlthuenden Eindruck. In Reckwitz, der Irrencolonie von Hubertusburg, 15 Min. davon entfernt, sind 3 Grundstücke dazu gekauft und für 80 weibliche Pfleglinge bestimmt. Die Irrencolonie Einum für die Anstalt in Hildesheim wurde 1864 eröffnet, beherbergt jetzt 49 Kühe, hat bedeutende Schweine- und Hühnerzucht, ist im Besitz von über 300 Morgen und verpflegt 52 Pfleglinge. In Ilten ist 1869 der Privatanstalt eine Colonie beigefügt. Noch vor kurzem sind 20 Frauen aus den öffentlichen Anstalten dorthin übergesiedelt. In warmen Worten wird fernerhin für die Vermehrung der Colonien plädirt und zunächst der Begriff derselben dahin präcisirt, dass ackerbautreibende Kranke einer Anstalt in von ihr räumlich getrennten Ackergütern mit dem zum Güterbetriebe nothwendigen gesunden Personale zusammenleben, sich mit Landwirthschaft beschäftigen und freie Wohnung, Beköstigung und ärztliche Behandlung erhalten.

Peeters, L'encombrement des asiles d'aliénés. — Bulletin de la société de Médecine mentale de Belgique. I. p. 28—41.

Die Ueberfüllung der geschlossenen Anstalten kann nur dadurch dauernd beseitigt werden, dass Irrencolonien, am besten in der Umgebung einer geschlossenen Anstalt, die ungefährlichen Unheilbaren aufnehmen.

J. Curwen, On the propositions of the Association on the Organization of Hospitals for the Insane. — Subordinate Officiers and Attendants. — The Alien. and Neurol. April. p. 208—211.

Allgemeine Bemerkungen über Assistenten und Beamte der Anstalt. Alle müssen vorzügliche Menschen sein und vorzüglich behandelt werden;

doch wird dabei stets die unbedingte Superiorität des Directors betont. — Auf 10 Patienten soll mindestens ein Wärter kommen. — Zum Schluss werden energische Maassregeln gegen Feuersgefahr verlangt.

Bericht über das 60. Verwaltungsjahr der Provinzial-, Heil- und Pflege-Anstalt bei Schleswig für die Zeit vom 1. Jan. 1880 bis ult. März 1881. — Schleswig, 15 S. (Dir. Dr. *Hansen.*)

Bestand 792 (394 M. 398 Fr.), von Anf. 1880 bis Ende März 1881 aufgen. 263 (133 M. 130 Fr.), entl. geh. 41 (20 M. 21 Fr.), geb. u. ungeb. 112 (65 M. 47 Fr.), gest. 83 (36 M. 47 Fr.), blieben 819 (406 M. 413 Fr.). Im ersten Jahre des Aufenthaltes genasen 37 (18 M. 19 Fr.), im zweiten 4 (2 M. 2 Fr.). Von den Aufgenommenen litten an paral. Seelenstörung 16 (11 M. 5 Fr.) und dauerte schon die Krankheit bei 62: 5 bis 10 J. Bei 82 war Heilung zu hoffen, bei 43 die Unheilbarkeit wahrscheinlich, bei 138 Unheilbarkeit entschieden. Von den Verstorbenen waren 2 über 30, 1 über 40 J. in der Anstalt. Von den an Paralyse Verstorbenen waren 6 (4 M. 2 Fr.) zwischen 30—40 J. alt, 9 (7 M. 2 Fr.) zwischen 40 und 50 J., 1 zwischen 60 und 70 J. alt. Von den Obducirten wurden bei 5 keine sichtbaren anatomischen Veränderungen vorgefunden, obgleich die Krankheit 6, 9 und 22 J. bestand. Areal von 60 ha. Ausgaben 514,158 M.

Bericht über die Verwaltung der Irren-Heil- und Pflegeanstalt Eichberg für das Etatsjahr vom 1. April 1879 bis 31. März 1880. 11 S. (Dir. Dr. *Heuser.*)

Bestand 342 (157 M. 185 Fr.), aufgenommen bis 1. Apr. 1880: 80 (47 M. 33 Fr.), entl. 73 (46 M. 27 Fr.), blieben 349 (158 M. 191 Fr.), davon in Eichberg 233, in Eberbach 116. Nur für $^1/_4$ der Kranken ist aus der Provinz die Aufnahme nachgesucht worden. Dazu haben mitgewirkt: die Vorurtheile, die ländliche Bevölkerung, die excentrische Lage im Bezirk. Letztere wird besonders vergleichungsweise angeführt. Ferner ist die Aufnahme von der Verpflichtung der Kosten abhängig gemacht. Es kommen daher relativ wenig und dazu relativ wenig heilbare Fälle zur Aufnahme. Freistellen für $^1/_2$ J. sind daher zum Heilversuch erwünscht. Eine neue zweite Anstalt in's Auge zu fassen. Unter den Aufgenommenen 1 Mal hallucinatorisches Irresein in Folge eines atrophischen Bulbus oculi, nach dessen Exstirpation dauernde Heilung eintrat. Von den Geheilten betrug die Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 1 Jahr bei 9, nach 1 Jahr bei 2. Es starben 41 (26 M. 15 Fr.), darunter an Dem. paral. 14 (13 M. 1 Fr.). — Ausgabe 170,078 M.

Bericht der Verwaltung der Irrenanstalt Friedrichsberg bei Ablegung der Rechnung vom J. 1880. Hamburg. 13 S. (Dir. Dr. *Reye.*)

Bestand Anf. 1880: 994 (477 M. 517 Fr.), davon beurlaubt 40 (22 M. 18 Fr.), aufgen. 476 (267 M. 209 Fr.), gest. 149 (89 M. 60 Fr.), entl. als gesund 4 M., als geheilt 53 (37 M. 16 Fr.), geb. 152 (78 M. 74 Fr.), ungeb. 102 (62 M. 40 Fr.), blieben 1010 (474 M. 536 Fr.), davon beurlaubt 23 (14 M. 9 Fr.). Im Pensionat 50 (27 M. 23 Fr.). Dafür wirkten 162 (90 M. 72 Fr.). Verausgabt 629,322 M., davon an Gehältern 34,075, an Lohn 56,592, an Nahrungsmitteln 271,948, an Wasser 7,434, an Feuerung und Beleuchtung 47,467, an Medicamenten 5,810, an Bekleidung 29,624. Aufgenommen an Del. trem. 9 (6 M. 3 Fr.), von den Aufgenommenen litten an Dem. paral. 67 (51 M. 16 Fr.). An Erblichkeit 128 (72 M. 56 Fr.). Von den Abgegangenen litten an Dem. paral. 76 (59 M. 17 Fr.). Von den Gestorbenen waren 80—90 J. 11 (3 M. 8 Fr.).

Bericht über die Verwaltung der Ostpr. Provinzial-Irren-Heil- und Pflegenanstalt Allenberg vom 1. April 1880 bis 31. März 1881. 27 S. (Dir. Dr. *Jensen.*)

Bestand April 1880: 528 (254 M. 274 Fr.), aufgen. 158 (91 M. 67 Fr.), entl. 135 (74 M. 61 Fr.), blieben 551 (271 M. 280 Fr.). Bei 34 pCt. der Aufnahmen war Erblichkeit nachweisbar. Von den Entl. genasen 36 (16 M. 20 Fr.), geb. u. ungeb. 43 (28 M. 15 Fr.), gest. 55 (29 M. 26 Fr.). 2 Kr. genasen nach 8 resp. 6 J. Anstaltsaufenthalt. Nach langer Krankheitsdauer führt eine schwere, erschöpfende körperliche Krankheit (Karbunkel) gleichzeitig zur geistigen Genesung. Unter 816 Todesfällen seit 28 J. 6 Selbstmorde sämmtlich durch Erhängen, 1 im vergangenen Jahre. Beherzigenswerthes und Statistisches über Selbstmorde in Anstalten. Alter Erfahrungssatz, dass selbst die ausgiebigste Aufmerksamkeit nicht ausreicht, um einen solchen Unglücksfall zu verhüten! 20 (18 M. u. 2 Fr.) starben an Dem. par. Am 15. Juni wurde die Kolonie bezogen, in der für Männer 50, für Frauen 10 Plätze sind. Die erfreulichsten Erfolge sind bisher schon sichtbar gewesen. — Kosten 287,372 M.

53. Bericht über die provinzialständische Heil- und Pflegeanstalt zu Hildesheim für 1880. Hildesheim. 13 S. (Dir. Dr. *Snell.*)

Bestand Anf. 1880: 745 (404 M. 341 Fr.), aufg. 128 (80 M. 48 Fr.), entl. geheilt 42 (23 M. 19 Fr.), geb. 24 (9 M. 15 Fr.), ungeb. 12 (7 M. 5 Fr.), gest. 56 (40 M. 16 Fr.), blieben 739 (405 M. 334 Fr.). Die Krankheit dauerte vor der Aufnahme bei den Geheilten bei 38 (21 M. 17 Fr.) bis

1 Jahr, bei 4 (2 M. 2 Fr.) über 1 Jahr. Nach Vollendung eines Neubaues von 14 Zellen wird die Anstalt 74 Isolirräume haben, also 10 pCt. 12 Aufgenommene hatten Selbstmordversuche gemacht. Ein Kranker von ganz begrenzter Zwangsvorstellung genas. An Dem. par. litten 11 Aufgenommene, darunter 1 Frau. Von activen Militairs wurden 2 aufgenommen, von Gymnasiasten 3. Unter den Genesenen 2 mit Epilepsie. In die Privatanstalt nach Ilten wurden 13 Kr. versetzt, 7 Männer kamen in familiale Verpflegung nach Ilten. Von den Gestorbenen waren 10 über 70 J. alt. Einer wurde 86 J. alt, Einer war seit 44 J. in der Anstalt, ein Anderer 47 J., eine Kranke auch 47 J. In Einum waren 51 Kranke. Ausgaben: 61023 M.

Pflegeanstalt Blankenburg.

Der Bestand war in Kloster Blankenburg — der Pflegeanstalt des Herzogthum Oldenburg — betrug am 1. Jan. 1880: 82 M., 76 Fr., Abgang 7 M., 7 Fr., blieben 75 M., 69 Fr., Zugang 12 M., 16 Fr. Bestand am 1. Jan. 1881: 87 M., 85 Fr.

Eine so hohe Ziffer ist bisher noch nicht erreicht worden, und beweist dieselbe hinreichend, wie nothwendig die Erweiterung der Anstalt war.

Was zunächst die 14 Abgegangenen betrifft, so starben von diesen 11, entlassen wurden 2, entlaufen ist einer.

Die Todesfälle boten nichts Bemerkenswerthes, sie erfolgten meistens in chronischem Siechthum, Schwindsucht, Wassersucht — Brightische Krankheit — Epilepsie und den Folgeübeln allgemeiner Lähmung.

Indem wir diese Notizen aus dem Bericht des Anstaltsarztes Dr. *Tapperhorn* entnehmen, müssen wir leider wiederholen, dass die bisherige Einrichtung noch fortbesteht, dass der Arzt nur einmal wöchentlich von Oldenburg aus die Anstalt besucht — bei 172 Kranken — und der Verwalter mithin der eigentliche Director ist.

Irrenheilanstalt zu Wehnen.

Aufgenommen wurden im Jahre 1880: 78 Kranke, 38 M., 40 Fr, Die Zahl der durch Tod abgegangenen Kranken betrug 72, 41 M., 31 Fr., so dass am Schluss des Jahres 78, 35 M., 43 Fr. blieben. Der höchste Stand war im Mai, 86 Kranke. 21 Kranke mussten wegen Raummangel abgewiesen werden.

Von den aufgenommenen Kranken litten 26 an Melancholie, 15 an Manie, 7 an primären Wahnsinn, 7 an allgemeiner Paralyse, 12 an secundärem Blödsinn, 5 an Epilepsie mit Geistesstörung.

Aussicht auf Heilung boten nur 34 Fr. = 47 pCt. Die Mehrzahl 38 = 50 pCt. war bereits 6 Monate bis 2 Jahre geistig gestört gewesen, 65 Kr. stammten aus dem Herzogthum Oldenburg, aus Stadt allein 17. 2 aus Fürstenth. Lübeck. 5 Ausländer. 55 luther., 14 katholisch, 2 Israelit., 1 Reform. Entlassen 67 (38 M. 29 Fr). Genesen 25 (14 M. 11 Fr.), von diesen litten 14 an Manie, 11 an Melancholie. Gebessert waren 7 Kr.,

2 gegen den Willen der Direction entlassen. 15 (7 M. 8 Fr.) waren als präsumtiv unheilbar nach Blankenburg transferirt. 5 gestorben (3 M. 5 Fr.).

Die Gesammtzahl der Behandelten 78 M. 75 Fr. In der 1. Klasse 13, 2. Klasse 40, 3 Kl. 100.

Die schon seit einigen Jahren bestehende Ueberfüllung der Anstalt und Zurückweisung heilbarer Kranken, hat endlich zu dem Beschluss der Erweiterung der Heilanstalt geführt, die dadurch erzielt werden soll, dass das Mittelgebäude, in welchen der Director und Verwalter mit Familie wohnen, zur Anstalt zugezogen, und demgemäss zweckmässig umgeändert werden soll. Auch wird noch eine Vermehrung der Zellen projectirt.

Dem in diesem Jahre zusammenkommenden Landtage sollen die betreffenden Vorlagen gemacht werden. Die Kosten dieser Umänderung sind auf 120,000 M. veranschlagt.

Es wird dadurch allerdings erreicht, dass präsumtiv unheilbare Irre der gebildeten Stände nicht entlassen zu werden brauchen, welche bisher die Angehörigen nicht nach Blankenburg übersiedeln liessen, weil diese mehr für untere Stände eingerichtet ist, überhaupt schon wegen der mangelhaften ärztlichen Controlle viel zu wünschen übrig lässt — aber es ist damit einem vorhandenen Nothstand nur vorläufig abgeholfen — denn mit der Zeit wird diese Aenderung doch nicht dem Bedürfniss genügen. Die Angehörigen der unheilbaren Kranken gebildeter Stände sind jetzt gezwungen, mit erheblichem Kostenaufwand dieselben einer Privatanstalt zu übergeben, oder, wenn ihr Zustand es erlaubt, sie bei Laien unterzubringen, die mit der Pflege ruhiger Kranken vertraut sind. *Kp.*

Die Dr. *Erlenmeyer*'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke zu Bendorf bei Coblenz. Bericht über Einrichtung, Organisation und Leistungen derselben in dem Decennium 1. Jan. 1871 bis 31. Dec. 1880. Mit 3 Chromolithog. u. 2 Plänen. Leipzig. 60 S.

Ein stattlicher Bericht. Die Anstalt besteht seit 1848. Die Entwicklung der Anstalt und ihr Einfluss auf die Psychiatrie wird geschildert: Centralanstalt, „Villa" und landwirthschaftliche Oeconomie. Die Regierung gab zu, dass die Villa aus der Concession der Privatirrenanstalt herausgenommen werden konnte. Dahinein passen die an Verstimmungszuständen Leidenden (Hypochondrie, leichte Melancholie, Neurasthenia cerebralis, Agarophobie, Grübelsucht, Hysterie), Reconvalescenten von irgend einer Gemüths- und Geisteskrankheit, reine Nervenkranke, Morphiumsucht (allmälige Entziehung). In zweifelhaften Fällen muss ein Angehöriger da bleiben und die Verantwortung übernehmen. Die Colonie für chronische Geisteskranke umfasst 2 Oeconomiehöfe, in denen stets c. 44 Kranke beschäftigt waren. — Seit Gründung bis Ende 1870 aufgenommen 683 Kranke; es blieb Be-

stand 77 (54 M. 23 Fr.), behandelt im Decennium 725 (466 M. 259 Fr.), aufgen. 648 (412 M. 216 Fr.). In 84 Fällen wurden bei den Kranken Angehörige mitaufgenommen. Die meisten Aufnahmen im Sommer wegen der Villa. Die Sommercurgäste bleiben selten länger als 2—3 Monate. Die Katatonie wird rückhaltslos anerkannt, ebenso Moral insanity. Unter den 725 Aufnahmen waren Psychosen 625 (386 M. 239 Fr.), darunter allg. fortschr. Paral. 63 (62 M. 1 Fr.), Neurosen 79 (60 M. 19 Fr.), Morphiumsucht 19 (17 M. 2 Fr.), nicht krank 2 Fr. Eine Ueberbürdung der Jugend mit geistiger Arbeit findet nicht statt, noch ein verhältnissmässig vermehrtes Auftreten von Geistes- und Nervenkrankheiten bei unserer Schuljugend. Eine Benachtheiligung der Schüler erwächst nur aus der mangelhaften und durchaus ungenügenden Pflege und Ausbildung ihres Körpers Seitens der Schule.

Bericht über die Wirksamkeit der Privat-Heil- und Pflegeanstalt für Nervenleidende und Geisteskranke des Dr. med. *H. Engelken* jun. zu Rockwinkel bei Bremen im J. 1880. 116. Jahr des Bestehens. Bremen. 7 S.

Anf. 1880 Bestand 12 (6 M. 6 Fr.). Eine Kranke davon, nie der Flucht und des Suicid. verdächtig, wusste Nachts zu entlaufen und sich zu ertränken. Ein Kranker starb 69 J. alt an Apoplexie, nachdem er 49 J. in der Anstalt gewesen. Aufgenommen 10 (7 M. 3 Fr.), entl. 12 (7 M. 5 Fr.), davon geheilt 3 (2 M. 1 Fr.), welche an Melancholie gelitten. 1 wurde in der Reconvalescenz gegen seinen Wunsch und trotz ärztlicher Warnung vom reichen Bruder nach Hause genommen, kam nach 3 Tagen wieder, konnte aber nicht aufgenommen werden, da jener trotz Bitten Anderer und des Hausarztes die Aufnahme nicht zugab. Bestand Ende des Jahres 10 (6 M. 4 Fr.).

Rechenschaftsbericht über die zürcherische kantonale Irrenheilanstalt Burghölzli für das J. 1880. Zürich. (Director Dr. *Forel.*)

Bestand Anf. 293 (144 M. 149 Fr.), darunter 4 Alkoholisten; aufgen. 225 (107 M. 118 Fr.), davon 21 an Alkoholismus. Entl. 199 (105 M. 94 Fr.), davon 21 Alkoholisten. Blieben 319 (146 M. 173 Fr.), wovon 4 Alkoholisten. Gestorben 26 (17 M. 9 Fr.), darunter 7 Paralytiker. Von 180 Aufgen. waren 153 erblich belastet, darunter Trunksucht bei 48. Ein seit Jahren ruhiger und freundlicher Kranker mit Verrücktheit machte es möglich, sich eine Pistole zu verschaffen und damit seinen gleichfalls in der Anstalt befindlichen blödsinnigen Bruder zu erschiessen. Kosten 218,421 Frcs.

Aerztl. Jahresbericht der Prov.-Irrenanstalt zu Göttingen pro 1879 u. 1880. (Dir. Prof. Dr. *G. Meyer.*)

1879 konnten in Folge Ueberfüllung zwar alle angemeldeten Männer aufgenommen werden, aber von 58 Frauen nicht 26. Nach Ilten wurden 30 Männer versetzt. Bestand Anf. 1879: 345 (170 M. 175 Fr.), aufgen. 78 (46 M. 32 Fr.), entl. geheilt 17 (7 M. 10 Fr.), geb. 10 (5 M. 5 Fr.), ungeheilt 16 (10 M. 6 Fr.), gestorben 29 (18 M. 11 Fr.), blieben 351 (176 M. 175 Fr.). Hierzu traten 1880: 77 (46 M. 31 Fr.), entl. geheilt 21 (9 M. 12 Fr.), geb. 2 M. u. 5 Fr., ungeheilt 24 (12 M. 12 Fr.), gest. 19 (13 M. 6 Fr.), blieben 357 (186 M. 171 Fr.). Ueber 41 pCt. der 1879 Gestorbenen (12) gehören der Dem. par. an. Ein dementer Greis mit Verfolgungswahn erhing sich bald nach Tisch am Fenster, fast in Gegenwart Anderer. Ein Mann, welcher einen Irren mit Querulantenwahn bei der Feldarbeit zu befreien versuchte, wurde mit Gefängnissstrafe von 3 Monaten gerichtlich bestraft. Zu den Festen trat ein Gartenfest mit Musik. Das Land wurde arrondirt und mit Baumpflanzungen versehen. Die *d'Arcet*'schen Latrinen wurden in Water-Closets mit Ueberrieselung umgeändert. Im Jahre 1880 Klage über die Aufnahme veralteter Fälle. Ein Irrer entlief und erhängte sich im Walde. Die seit Eröffnung der Anstalt gemachten Beobachtungen gewähren keinen Anhalt für die Annahme, dass der Unterricht in den Gymnasien die Entstehung von Psychosen begünstige.

Die ärztlichen und administrativen Resultate der Kreisirrenanstalt Klingenmünster pro 1880. (Dir. Dr. *Lochner.*)

Bestand Anf. 1880: 524 (262 M. 262 Fr.), aufg. 134 (65 M. 69 Fr.), entl. genesen 54 (29 M. 25 Fr.), geb. 27 (12 M. 15 Fr.), ungeb. 17 (8 M. 9 Fr.), gest. 37 (20 M. 17 Fr.), blieben 523 (258 M. 265 Fr.). Es genasen nach einer Krankheitsdauer bis zu 1 Monat vor der Aufnahme 30 (19 M. 11 Fr.), bis 3 Monate 17 (7 M. 10 Fr.), bis 6 Monate 4 (3 M. 1 Fr.), bis 12 Monate 2 Fr., im 2. Jahre 1, nach 2 Jahren Keiner. Es starben an paralytischer Seelenstörung 4 M. und 4 Fr. Das Personal besteht aus 4 Aerzten, 59 Pflegepersonal, Verwaltungspersonal 2, Dienstpersonal 40. Ausgaben 284,497 M.

Aerztlicher Bericht über die Irrenabtheilung des Bürgerspitals in Basel vom J. 1880. Basel. 42 S. u. 15 Tab. (Director Prof. *Wille.*)

Bestand Anf. 1880: 59 (31 M. 28 Fr.), aufgen. 135 (79 M. 56 Fr.), darunter Alcoholismus 29 (27 M. 2 Fr.), entl. geh. 49 (29 M. 20 Fr.), geb. und ungeh. 62 (37 M. 25 Fr.), gest. 18 (11 M. 7 Fr.), blieben 63 (31 M. 32 Fr.). Als nicht geisteskrank wurden 2 M. entlassen. Die Genesenen

genasen sämmtlich im 1. Jahre des Aufenthaltes, die Krankheit hatte zur Zeit der Aufnahme bei 26 (22 M. 4 Fr.) nur 1 Monat, bei 13 nur 2—3 Monate, bei 7 nur 4—6 Monate, bei 3 nur 7—12 Monate gedauert, bei Keinem über 1 Jahr. Unter den Aufgenommenen 46,8 pCt. Alcoholiker. 4 Krankheits- und Sectionsberichte. — In den letzten 5 J. wurden behandelt 660 (388 M. 272 Fr.), davon entl. geh. 44,5 pCt., geb. 20,9 pCt., ungeh. 20,8 pCt., gest. 10,0 pCt. Mit Erblichkeit genasen 26,1 pCt., ohne Erblichkeit 15,5 pCt. Von den 1. Aufnahmen heilten 43,8 pCt., von den 2. 53,0 pCt., von dem 3. 55,5 pCt., von den 4. 85,7 pCt.

23. Jahresber. der Heil- und Pflegeanstalt St. Pirminsberg pro 1880. St. Gallen. 24 S. (Director Dr. *Weller.*)

Bestand Anf. 1880: 266 (141 M. 125 Fr.), aufgenommen 167 (87 M. 80 Fr.), entl. 152 (85 M. 67 Fr.), blieben 152 (85 M. 67 Fr.), blieben 281 (143 M. 138 Fr.). Es starben 29 (17 M. 12 Fr.). Entweichungsversuche 21 (15 M. u. 6 Fr.), von denen 12 gelangen. Als schlafbringendes Mittel erwies sich Galvanisation des Kopfes (schwacher, constanter, stabiler Strom, Anode in der Stirn, Kathode im Nacken); nie schädliche Wirkung. Künstliche Ernährung mit der Schlundsonde war bei 2 w. und 5 m. Melancholikern nöthig, ebenso bei 2 Paralytikern. 17 Wärter und 17 Wärterinnen.

Ausweis der Landes-Irrenanstalt zu Hall vom J. 1880. Innsbruck. 20 S. (Director Dr. *Nagy.*)

24 barmherzige Schwestern übernahmen Küche, Wäsche und Pflege der weiblichen Kranken. Am 1. Sept. 1880 50j. Jubiläum des Bestandes der Anstalt. Bestand Anf. 1880: 265 (135 M. 130 Fr.), aufgen. 90 (44 M. 46 Fr.), entl. geh. 16 (4 M. 12 Fr.), geb. und ungeh. 46 (21 M. 25 Fr.), gest. 19 (8 M. 11 Fr.), blieben 274 (146 M. 128 Fr.). Ausgaben 97,653 fl. Es entwichen 7 (5 M. 2 Fr.).

Aerztlicher Bericht üb. die Wirksamkeit der Krankenanstalt zu Bremen im J. 1880. 8 S. (Dir. Dr. *Scholz.*)

In der Irrenabth. war Bestand Ende 1879: 86 (44 M. 42 Fr.), aufgen. 122 (97 M. 43 Fr.), entl. 88 (58 M. 30 Fr.), gest. 25 (19 M. 6 Fr.). Unter den neu Aufgenommenen litten an Del. trem. und Alcoholismus 39 (34 M. 5 Fr.) und erwiesen sich als nicht geisteskrank 3 (4 M. 1 Fr.). Geheilt entl. 46, davon an Del. trem. 26 (25 M. 1 Fr.), an Melanch. 13 (9 M. 4 Fr.), an Manie 6 Fr., an Wahnsinn 1 Fr. 9 wurden in die ländli[illegible] Familienverpflegung übergeben.

Als sehr segensreich wird die neue Einrichtung gesch[illegible] Krankenpflege in die Hände von Diaconissen aus dem V[illegible]

conissenhause zu Bielefeld übergegangen ist. Sämmtliche Abtheilungen der Weiberseite sind mit Schwestern und ebenso versuchsweise 2 Abtheilungen der Männerseite mit zunächst gemietheten weiblichen Pflegerinnen besetzt worden. Theoretische Vorlesungen des Directors unterstützen ihre Ausbildung.

Bericht über die Städtische Krankenanstalt zu Königsberg in Ostpr. für das Jahr vom 1. Apr. 1880 bis 1. Apr. 1881, erstattet vom Director Dr. *Meschede.* Königsberg, 12 S.

In der Station für Geisteskranke blieb Bestand 13 (6 M. 7 Fr.), aufgenommen 97 (58 M. 39 Fr.). Davon kamen 20 nach Allenberg, 1 nach Schwetz, 6 in's Armenhaus. 32 wurden geheilt, 7 geb., 14 ungeheilt, 1 als nicht irre entlassen; es starben 10 und blieben 19 (5 M. 14 Fr.). Von den Heilbaren war Bestand 8 (5 M. u. 3. Fr.), aufgenommen 61 (33 M. u. 28 Fr.), von denen an Melancholie litten 30 (12 M. 18 Fr.), an Tobsucht 33 (18 M. 15 Fr.), an primärer Verrücktheit 1, an hallucinatorisches Irresein 2, an Geistesstörung mit Epilepsie 1, an Irresein nach Del. pot. 2. Heilungen 57,14 pCt., mit Wegrechnung der im Bestande Verbliebenen 72,72 pCt. Unter den Unheilbaren litten auffallend viele Frauen (6) an Dem. paral.

22. statist. Nachricht über das Genesungshaus zu Roda auf d. Jahr 1880. 8 S. (Dir. Dr. *Maeder.*)

In der Irrenanstalt war Bestand Anf. 1880: 238 (117 M. 121 Fr.), Zugang 72 (43 M. 29 Fr), Abgang 63 (33 M. 30 Fr.), blieben 247 (127 M. 120 Fr.). Es starben 34 (19 M. 15 Fr.). Unter 20 J. waren 22 (12 M. 10 Fr.).

21. Bericht über „Hephata", ev. Heil- u. Pflege-Anstalt für blödsinnige Kinder Rheinlands und Westfalens zu M. Gladbach. Vom J. 1880. 30 S. (Dir. *C. Barthold.*)

Bestand Anf. 1880: 130 (88 m. 42 w.), aufgenommen 40 (27 m. 13 w.), ausgetreten 25 (14 m. 11 w.), davon gest. 4 (2 m. 2 w.). Ausgaben 60,091 M.

Bericht der Alsterdorfer Anstalten über die Jahre 1879 und 1880. (Director Pastor Dr. *Sengelmann.*) Hamburg. 31 S.

Bestand Ende 1879: 285, aufgenommen 68, abgegangen 55, Bestand März 1881: 298, gestorben 20. Ausgaben 126,066 M. Im Bestande waren 49 mit Epilepsie. Zwischen 16—20 J. 57, zwischen 21—25 39, zwischen 26—30 25, über 30 J. 18. Für 298 Kinder gab es 67 Angestellte und Diener.

10. Bericht über die Idioten-Anstalt in Scheuren bei Nassau. 1881. 16 S. (Dir. *M. D. Horny.*)

Anwesend 115 (51 Fr. 64 M.), im Alter von 5—55 J., bildungsfähige 65, bildungsunfähige 50. Darunter 20 Gelähmte, 24, welche hören aber nicht verstehen und sprechen können, 2 schwachsinnige Blinde, 20, welche nicht allein essen können, 40, welche sich nicht ankleiden können, 18 wissen von sich und ihrem Zustande nichts. Aufgenommen in 10 J. 200, gestorben 12 (7 an Schwindsucht).

5. Verwaltungsbericht des Comité zur Errichtung von Erziehungs- und Pflege-Anstalten für geistesschwache Kinder in der Provinz Hannover, umfassend die Jahre 1873 bis 1880. Hannover. 26 S. (Dir. Dr. *Kind.*)

Ein Neubau 1872 hatte die Schulen in den Mittelpunkt der Anstalt gelegt und einige neue Abtheilungen geschaffen. Ein neuer Bau wurde 1877 begonnen und 1879 fertig, die Plätze dadurch auf 310 erhöht. Von 1879 bis 1880 wurden aufgenommen 324 (192 m. 132 w.), davon 59 epileptisch, 53 gelähmt, 51 mit Zwangsbewegungen, 5 Koprophagen, 131 unreinlich und 121 konnten nicht sprechen. Verpflegt wurden 1873: 240 (140 m. 100 w.), 1880: 309 (175 m. 134 w.). Es starben 104 (63 m. 41 w.), darunter an Lungenleiden 61, mit Epilepsie 41. Entl. wurden 138 (80 m. 58 w.), davon 24 (14 m. 10 w.) sofort nach der Confirmation, 9 (7 m. 2 w.), nachdem sie ein Handwerk gelernt. Bei den Epileptischen ist trotz aller Mittel nur Milderung erreicht worden. An Beamten und Dienstpersonal gab es 57, Abtheilungen waren: 15 von Knaben, 12 von Mädchen, 4 Abth. Pensionäre. 54 wurden confirmirt. Ueber 100 Morgen Ackerland sind in Cultur. Ausgabe 1880: 115,848 M.

8. u. 9. Bericht über die Idiotenanstalt in Kiel pro 1879 und 1880. (Dir. *Joh. Meyer.*)

Seit dem 19j. Bestehen verpflegt 175 (93 m. 82 w.), entl. 126 (65 m. 61 w.), blieben 49 (28 m. 21 w.). 1880 kein Todesfall, aufgen. 9 (5 m. 4 w.), entl. 6 (5 m. 1 w.). Ausgaben 25,527 M.

Gestorben sind seit Eröffnung 20, davon 9 m. an Tuberkulose. Ausgabe im J. 1879 26,111 M. Der älteste Zögling war 30, der jüngste 7 Jahre. Die meisten älteren Kinder waren körperlich unentwickelt geblieben.

Maison de Santé de Préfargier. Exercice de 1880. 32. Rapport annuel. Neuchatel. pp. 19. (Dir. Dr. *Chatelain.*)

Bestand 128 Kr. (62 M. 66 Fr.), aufgen. 56 (29 M. 27 Fr.). Entl. 60 (35 M. 25 Fr.), blieben 124. Die Abtheilung der Frauen ist stets überfüllt.

Der Alcoholismus ist in steter Abnahme begriffen, aber nur deshalb, weil die Betreffenden anderswo Hülfe suchen. Par. gén. und Verfolgungswahn werden stets häufiger. 16 genasen, 3 entwichen. Es starben 7 (5 M. 2 Fr.). Kosten 141,582 Frcs.

38. Annual report of the State Lunatic Asylum, Utica N. Y., for the year 1880. Abany, pp. 68. (Sup. Dr. *John P. Gray.*)

Bestand 620 (318 M. 302 Fr.), aufgen. von Ende Sept. 1879 bis 1880: 468 (247 M. 221 Fr.), entl. geheilt 155 (74 M. 81 Fr.), geb. 66 (40 M. 26 Fr.), ungeb. 197 (117 M. 80 Fr.), als nicht irre 14 (13 M. 1 Fr.), gest. 42 (27 M. 15 Fr.), blieben Ende Sept. 1880: 614 (294 M. 320 Fr.). Von den Aufgenommenen wurden 51 in sehr geschwächtem Zustande gebracht, so dass 7 in den ersten 11 Tagen starben. 6 Frauen waren schwanger, von denen 3 in der Anstalt gebaren, 2 waren taubstumm, 46 waren über 60 Jahre alt. 26 M. und 4 Fr. litten an Paral. gen. und 23 an Epilepsie. 61 hatten Selbstmordversuche gemacht und 2 hatten Morde begangen. 39 wurden in mechan. Restraint gebracht. Von den 11 Nicht-Irren waren 9 Trinker, 1 hatte akute Meningitis und 1 Hystero-Epilepsie. Es starben 13 M. an Paresis und 2 (1 M. 1 Fr.) durch Erhängen.

Seit der Eröffnung 1843 bis Ende Sept. 1880 wurden aufgenommen 14040, entl. geh. 5142, geb. u. ungeb. 6281, gest. 1773, nicht-irre 230 Von den 468 Aufgenommenen war Heredität nachzuweisen bei 160 (82 M 78 Fr.), Mord- und Selbstmordversuche bei 164. Seit 1849 wurden mit Paral. gen. aufgenommen 439 (401 M. 38 Fr.).

In einer ausführlichen Abhandlung über No-restraint, in welcher die Ansichten zahlreicher Aerzte verschiedener Nationen angeführt werden, wird dem Arzte es überlassen, wenn er es für nothwendig hält, mechan. Restraint anzuordnen.

Annual Report of the Barony Parochial Asylum Woodilee, Lenzie. For the year 1880. Glascow, pp. 38. (Sup. Dr. *J. Rutherford.*)

Bestand Anf. 448 (237 M. 211 Fr.), aufgen. 209 (95 M. 114 Fr.), entl. geh. 93 (50 M. 43 Fr.), ungeheilt 41 (17 M. 24 Fr.), gest. 39 (20 M. 19 Fr.), blieben 484 (245 M. 239 Fr.). Der günstige Gesundheitszustand der Männer wird hauptsächlich der Beschäftigung im Freien zugeschrieben. 178 Acker wurden hinzugekauft, so dass die Anstalt jetzt 382 Acker besitzt. Die meisten Kranken sind dort, obgleich jährlich c. 200 frische Fälle aufgenommen werden. 150 Männer, in Gruppen von 8 bis 10 unter einem Wärter, sind dort in der Regel beschäftigt. Ein Oberwärter beaufsichtigt sie. 5 Wärter bleiben mit einem Oberwärter im Hause. $^1/_2$8 Uhr gehen Alle zur Morgenandacht in die Kapelle, dann an die Arbeit. 1 Uhr essen Kranke und Wärterpersonal in einem Saale, der 500 Personen umfasst.

Zuerst werden die Kranken 20 Min. lang bedient und dann essen die Wärter an separaten Tische in demselben Saale, während die Patienten diese 20 Min. auf jene warten. Der Thee wird um 6 Uhr ebenso getrunken. Der Montagabend ist dem Tanze gewidmet, an dem $^3/_4$ von beiden Geschlechtern Theil nehmen. Die Thore sind offen und die Fluchtversuche geringer als früher. Woodilee hat vollständig das Open-door System und dabei liegt es an einer Bahn, die täglich 195 Züge vorbeiführt. Spirituosa und Narcotica werden sehr wenig gebraucht. Einige Patienten erhalten 5 bis 20 Sh. monatlich, doch ist die Frage der Remuneration noch nicht gelöst. Die Anstalt wurde 1878 eröffnet und seitdem 1397 (743 M. 654 Fr.) aufgenommen, entl. geheilt 503 (272 M. 231 Fr.), ungeh. 227 (119 M. 108 Fr.), gest. 183 (107 M. 76 Fr.). 1880 starben 12 (7 M. 5 Fr.) an Allgemeiner Paralyse. Von 93 Genesenen (50 M. 43 Fr.) genasen bei einer Aufenthaltsdauer unter 1 Mon. 22, von 1—3 Mon. 29, von 3—6 Mon. 17, von 6—9 Mon. 4, von 9—12 Mon. 5, von 1—2 J. 10, von 2—3 J. 3, von 3—4 J. 2, von 4—5 J. 1, später keiner.

64. Annual Report on the state of the Asylum for the relief of persons deprived of the use of their reason. 1881. Philadelphia, pp. 25. (Super. Dr. *J. C. Hall.*)

Bestand 90 (46 M. 44 Fr.), aufg. 40 (17 M. 23 Fr.). Entl. 36, gest. 9. Es blieben 85 (38 M. 47 Fr.). Von den Entlassenen genasen 14 und zwar waren 5 zwischen 1—2 Mon., 3 zwischen 2 und 4 Mon., 4 von 4—10 Mon. und 1 12 Mon. in der Anstalt. Mehrere sind schon über 30 J. darin.

Seit Eröffnung der Anstalt wurden aufgenommen 2054 (1033 M. 1021 Fr.), entl. genesen 876 (447 M. 429 Fr.), ungenesen 797 (394 M. 403 Fr.), gestorben 296 (154 M. 142 Fr.), blieben 85 (38 M. 47 Fr.). Von diesen 2054 bestand die Krankheit weniger als 1 J. bei 1178 (598 M. 582 Fr.), zwischen 1—5 J. bei 540 (273 M. 267 Fr.), zw. 5—10 J. bei 132 (57 M. 75 Fr.), zw. 10—20 J. bei 84 (46 M. 38 Fr.), zw. 20—30 J. bei 45 (23 M. 22 Fr.), zw. 20—40 J. bei 11 (1 M. 10 Fr.), zw. 40—50 J. bei 19 (9 M. 10 Fr.), unbekannt 45 (28 M. 17 Fr..) Bei der Aufnahme waren 125 unter 20 J., 562 zw. 20—30 J., 474 zw. 30—40 J., 360 zw. 40—50 J., 295 zw. 50—60 J., 153 zw. 60—70 J., 65 zw. 70—80 J., 19 zw. 80—90 J., 1 zw. 90—100 Jahre alt. — Ausgaben 54,677 D.

23. Annual Report of the Nova Scotia Hospital for Insane for the year 1880. Halifax. pp. 50. (Sup. Dr. *A. P. Reid*).

Bestand Ende 1879: 364 (176 M. 188 Fr.), aufg. 89 (44 M. 45 Fr.), entl. geh. 43 (21 M. 22 Fr.), geb. und ungeb. 29 (15 M. 14 Fr.), gest. 20 (12 M. 8 Fr.), blieben 361 (172 M. 189 Fr.). Es starben an Paresis 4 M. und 1 Fr., an Suicidium 1 M., letzterer an einem Sprunge durch's Fenster, an-

scheinend um einer eingebildeten Gefahr zu entgehen. Es wurde darauf beschlossen, dass alle Fenster mit Gitter versehen werden sollten. Regelmässig fand an bestimmten Abenden Musik und Tanz statt. Mechan. Restraint ist unter Umständen geboten. Jeder Kranke kostet wöchentlich 2,48 D. Totalausgaben für 1880: 58,929 D.

Von Eröffnung des Asyles 1859 bis Ende 1880 wurden aufgenommen 1291 (669 M. 592 Fr.), Wiederaufnahmen 240 (134 M. 106 Fr.), im Ganzen 1531 (833 M. 698 Fr.), entl. geheilt 680 (363 M. 317 Fr.), geb. und ungeb. 176 (112 M. 64 Fr.), gest. 314 (186 M. 128 Fr.), an Suicidium 10 (7 M. 3 Fr.).

Sixth biennial report of the Illinois Northern Hospital for the Insane at Elgin. Octob. 1. 1880. Springfield. pp. 80. (Super. *A. Kilbourne.*)

Anf. Bestand 525 (264 M. 261 Fr.), Aufnahmen in 2 Jahren 286 (161 M. 125 Fr.), entl. 286 (158 M. 128 Fr.). Blieben 525. Entl. geheilt 87 (47 M. 40 Fr.), gest. 56 (32 M. 24 Fr.), nicht irre 2. An Dem. par. starben 11. 2 Cottages sind der Anzahl beigefügt. Eine Anzahl Krankheitsgeschichten mit Section folgt.

Rep. of Richmond District Lunatic Asylum Dublin for the year 1880. Dublin. 62 p. (Sup. Dr. *Lalor.*)

Bestand Ende Nov. 1879: 999 (452 M. 547 Fr.), aufg. 420 (205 M. 215 Fr.), entl. geh. 167 (90 M. 77 Fr.), geb. 81 (40 M. 41 Fr.), ungeb. 10 (4 M. 6 Fr.), gest. 138 (71 M. 67 Fr.), entw. 1 M., blieb Bestand 1022 (451 M. 571 Fr.). Von den 167 Geheilten waren krank vor der Aufnahme 83 unter 3, 15 von 3—6, 7 von 6—9 Monaten. Von 138 Todten starben 66 an Brustkrankheit, 26 an Unterleibsleiden, 24 an Kopfleiden (21 M. 3 Fr.). Es starben 14 an Nahrungsverweigerung, 1 durch Herausstürzen zum Fenster, 1 durch Verschlucken von Steinen und einer Haarnadel, 5 durch Ersticken, 1 durch Verbrennen, letztere 7 Frauen. Gegenwärtiger Gehalt des Directors 700 Pfd. St. und Pertinenzien im Werth von 100 Pf. St. — Jahreskosten 29,297 Pfd. St. — In Irland war in den Districts-Asylen 1874 für 6319, Ende 1879 für 9021 Sorge getragen, in allen Asylen Ende 1874: 7585, 1879: 8490. Gewisse Klassen von Irren sowie Idioten finden in Irland noch nicht genügende Fürsorge.

1. Bericht der *Dick*-Stiftung des Pfälzischen Hilfsvereines für Geisteskranke über das Jahr 1880. Landau. 96 S.

Zweck der *Dick*-Stiftung nebst Statut. 1887 Mitglieder mit 7021 M. Einnahmen. Aufsatz über „die frühzeitige Verbringung Gemüths- und Geistes-

kranker in eine Heilanstalt und der § 20 unserer Anstaltssatzungen" von Dir. Dr. *Löchner*. Nach ihm sind von den im ersten Monate nach Ausbruch der Krankheit Aufgenommenen 71 pCt., im 1. Vierteljahr 49 pCt., im 2. Vierteljahr 32 pCt., im 2. Halbjahre 18 pCt., von denen schon über 1 Jahr Erkrankten 10 pCt., über 2 Jahr 4 pCt. genesen entlassen worden. Nach § 20 werden Heilbare in den ersten 9 Mon. gänzlich aus Kreisfonds verpflegt, wenn das Aufnahmegesuch in den ersten 3 Monaten der Krankheit erfolgte. Die grossen Vortheile werden statistisch nachgewiesen. Es folgt ein eindringlich und auf Erfahrung gestützter Aufsatz des prot. Hausgeistlichen *Croneiss* über die Besuche der Pfleglinge der Heilanstalt durch ihre Angehörigen. Danach auf 66 Seiten Namen der Geber und Höhe ihrer Gabe.

6. Bericht der Verwaltung der Unterstützungskasse für bedürftige Pfleglinge der Grossh. Landes-Irrenanstalt zu Heppenheim. Rechnungsjahr 1879/80 (Jan. 1879 bis Ende März 1880). Darmstadt. 96 S.

Zahl der Geber 3838 in 221 Orten, Einnahmen 9234 M. Liste von S. 21—86. Nachruf an einen Wohlthäter der Anstalt und des Vereins, den Fürsten zu Solms. Bedeutung der regelmässigen Jahresberichte. Wie in den früheren so auch diesmal wurde frisch aus den Begegnissen des vergangenen Jahres Hindernisse der Wirksamkeit des Vereins bekämpft und durch Thatsachen erhärtet. Es wird auf die Verwirrung durch die Tagespresse aufmerksam gemacht, auf die Schädigung durch Gesetz und Richter, auf die gerichtliche Beurtheilung durch nicht-sachverständige Aerzte, auf ähnliche Verhältnisse wie seiner Zeit bei Hexenprocessen, auf das wohlthätige Institut der seit 1880 eingeführten Volontärärzte, auf die feste Absicht der Regierung, in Giessen einen psychiatrischen Lehrstuhl zu errichten, auf den Mangel an tüchtigem Wärterpersonale, auf die Vermehrung der Oberwärter u. s. w. Es wird der Vorwurf zurückgewiesen, dass die Verwaltung der Kasse zu kostspielig sei und durch 89 Vertrauensmänner bestätigt, dass die bisherige Veröffentlichung der Berichte am förderlichsten sei. Möchte der Inhalt des vorliegenden in mehr Kreise dringen, als er officiell bestimmt ist!

13. Statistik. Referent: Ullrich.

E. Morselli, Note sulla statistica e sulla distribuzione geografica di alcune frenopatie in Italia. (Congress ital. Irrenärzte zu Reggio-Emilia, Sitzung am 24. Sept. 1880. — Archivio ital. Heft VI.)

Morselli schätzt die Zahl der gehirn- und nervenkranken Individuen in Italien auf 142000 (1 : 200 der Gesammtbevölkerung). Seinen statistischen Untersuchungen legte er die Summe der Militärpflichtigen (im Alter von 20 Jahren) der Jahre 1869—1878 zu Grunde und fand er auf 10000 Rekruten Untaugliche:

wegen Geistesstörung 2,18,
wegen Idiotismus und Cretinismus . 10,51,
wegen Epilepsie 11,53,
wegen Nervenkrankheiten überhaupt 25,59.

Bei einer Zusammenstellung nach Gegenden und Provinzen fand er auf 10000 Conscriptionspflichtige die meisten Geisteskranken in Ligurien (4,07) und Emilia (3,87) — die wenigsten in Basilicata (0,50) und Umbrien (0,70), wonach die nördlichen Provinzen um ein bedeutendes überwiegen. — Idiotismus traf er am häufigsten in den alpinen Gegenden, in der Lombardei (16,94) und in Ligurien (16,66) — am wenigsten dagegen in dem klassischen Lande der lateinischen Rasse, in Latinum (5,49) und Calabrien (5,72). — Die meisten Epileptiker stellte Sicilien (22,05) und zwar dort besonders Catania und Palermo, ferner Ligurien (21,54) — die wenigsten Apulien (5,56) und Basilicata (6,25). — Nervenkrankheiten überhaupt fanden sich am häufigsten bei den Rekruten aus Ligurien (44,86) und aus Sicilien (34,23) — am wenigsten bei denen aus Apulien (15,08) und Latium (15,63).

Vf. weist schliesslich noch auf die sociale Bedeutung dieser Untersuchungen hin und erwähnt er gleichsam als Probe die Thatsache, dass gerade jene Provinzen, in welchen die meisten politischen Umtriebe und Verbrechen gegen die Person vorkommen, auch das stärkste Contingent der Geisteskranken, Selbstmörder und Epileptiker stellen.

C. Vigna, La Giurisprudenza e la Frenatria. — Congress ital. Irrenärzte zu Reggio-Emilia, Sitzung d. 25. Sept. 1880. — Archivio ital. Nov. Heft VI.

In eindringlichen Worten wendet sich *V.* vor Allem gegen den Vorwurf, der schon wiederholt den Irrenärzten gemacht worden, dass sie allzu leicht geneigt seien, aus übel verstandener Humanität den Verbrecher der strafenden Gerechtigkeit dadurch zu entziehen, dass sie in ihm das Opfer

einer krankhaften Organisation, einen Geisteskranken, erblickten und weist er darauf hin, dass ja den Irrenärzten auch gewiss das Vorhandensein eines bedeutenden Spielraumes innerhalb der physiologischen Breite unseres physischen und moralischen Wesens bekannt sein müsse, was sie schon an und für sich zu vorsichtiger Beurtheilung veranlassen dürfte.

Die Ursache dieses Misstrauens der Juristen gegen die psychiatrischen Gutachten findet Vf. darin, dass die Irrenärzte häufig geneigt sind, statt des logischen Nachweises eines Defectes der moralischen Functionen dem streng philosophisch erzogenen Richter allerlei demselben nicht genügende und seinem Denken nicht angemessene psychologische Deductionen vorzubringen.

Zur Verständigung zwischen Aerzten und Juristen muss daher eine beiden gemeinsame Basis aufgefunden werden, wodurch in zweifelhaften Fällen die Wissenschaft sowohl wie das richterliche Gewissen befriedigt sein können.

Wie nun die Staaten durch ein Zusammenwirken verschiedener Gewalten, einer legislativen, executiven und einer richterlichen geleitet werden, so auch der Mensch durch Vernunft, Wille und Bewusstsein, eine Eintheilung, welche, wenn sie bei Beurtheilung eines Seelenzustandes festgehalten wird, sowohl dem richterlichen als auch dem psychiatrischen Standpunkt Genüge leisten kann, was Vf. an dem Beispiel eines von einem Kranken begangenen Mordes nachzuweisen sucht: die Vernunft kann getrübt sein durch Verfolgungswahn, hervorgerufen durch Hallucinationen — der Wille unterliegt einer instinctiven Seelenstörung mit unwiderstehlichen Impulsen — krankhafte Triebe verwirren und umnebeln das Bewusstsein.

V. wünscht nun, dass der ärztliche Sachverständige in psychiatrisch-forensischen Fällen sich immer an das Schema der angegebenen Grundkräfte der Seele halte und deren Störung dem Richter klar zu machen suche, nicht aber eine klinische Diagnose entwickle und hofft er, dass dadurch am ehesten eine gegenseitige Verständigung erzielt werden könne.

E. Toselli, Sulle cause di pazzia nella provinzia di Cuneo. — Arch. ital. per le mal. nerv., Heft I. u. II.

T. weist besonders auf die Thatsache hin, dass den prädisponirenden Ursachen der Geistesstörungen ein grösserer Einfluss zur Entwicklung derselben zuzuschreiben sei, als den Gelegenheitsursachen und überragt unter den ersteren die erbliche Disposition alle übrigen um ein Bedeutendes. Bei der Feststellung der erblich disponirenden Momente folgt er so ziemlich dem in Deutschland üblichen, vom Verein der deutschen Irrenärzte aufgestellten Schema.

Unter den im Laufe von 8 Jahren in der Anstalt zu Racconigi (Prov.

Cuneo in Piemont mit 600,000 Bewohnern) erfolgten 968 Aufnahmen (575 M. u. 393 Fr.) — ob die wiederholten Aufnahmen mit eingerechnet sind, ist nicht angegeben — war Erblichkeit bei 62,8 pCt. M. und 62,4 pCt. Fr. nachzuweisen (wobei noch zu bemerken, dass 93 M. und 76 Fr. mit „unbekannter Disposition" ausser Rechnung geblieben).

Der Einfluss der Disposition von Vaters Seite (directe und indirecte Erblichkeit zusammengenommen) fand sich bei 22,8 pCt. M. und 21,7 pCt. Fr. — von der Mutter Seite bei 20,1 pCt. M. und 23,3 pCt. Fr. — von beider Eltern Seite bei 10,1 pCt. M. und 6,5 pCt. Fr. — unbestimmt von welcher Seite bei 7,8 pCt. M. und 11,4 pCt. Fr.

Als weitere Ursachen der Geistesstörung fand Vf. congenitale Störungen in 6,0 pCt. M. und 7,3 pCt. Fr. — andere occasionelle Momente in 31,0 pCt. M. und 30,0 pCt. Fr. Im Ganzen wies *T.* bei 157 M. und 120 Fr. moralische Einflüsse als Ursachen der Erkrankung nach und bei 117 M. und 66 Fr. physische Ursachen, oder solche, durch deren Einfluss die prädisponirenden Momente vermehrt wurden.

G. Angelucci, Note statistiche sull' eredità della pazzia nel manicomio di Macerata. — Arch. ital. per le mal. nerv. Heft I. u. II.

A. legt seinen Untersuchungen die Zahl von 449 in den Jahren 1877 bis 1879 aufgenommenen Kranken zu Grunde, unter denen sich 160 = 35,63 pCt. (36,5 pCt. M. und 34,5 pCt. Fr.) erblich Belastete fanden.

Trotz dieses geringen für brauchbare statistische Resultate gewiss nicht genügenden Beobachtungs- und Rechnungsmateriales stellt Vf. als Ergebniss seiner Statistik folgende mit den deutschen und englischen Erfahrungen, die auf Grund eines weit grösseren Materiales gewonnen wurden, in ziemlichem Widerspruch stehende Sätze auf:

1) Die in directer Linie erbliche Geistesstörung wird häufiger beobachtet, als die durch Erblichkeit in indirecter Linie beeinflusste.

2) Der mütterliche Einfluss ist bei directer erblicher Geistesstörung grösser als der väterliche, sowohl in Rücksicht auf die Söhne als auf die Töchter.

3) Der Einfluss des Bruders oder der Schwester ist bei indirecter erblicher Geistesstörung grösser, als der durch Onkel, Tante oder andere Vewandte ausgeübte.

4) Die Heilbarkeit, sowohl der erblichen als nicht erblichen Geisteskranken, ist nahezu gleich.

5) Die Neigung zu Rückfällen der genesenen erblich Belasteten ist grösser beim weiblichen Geschlecht, geringer beim männlichen, als bei den erblich nicht Belasteten.

A. Verga, Sulle cause della pazzia in Italia. — Congress ital. Irrenärzte zu Reggio-Emilia. Sept. 1880. — Archivio ital. Heft VI.

Als häufigste Ursache des Irreseins in Italien erscheint nach *Verga*'s Zusammenstellungen aus den Jahren 1874—1877 das Pellagra und zwar in 8,88 pCt. (7,22 pCt. M. — 10,75 pCt. Fr.); in zweiter Linie kommen die angeborenen und in frühester Kindheit erworbenen Gehirnkrankheiten, Idiotismus, Cretinismus und Imbecillität in einem Verhältniss von 7,77 pCt. Diesen folgen mit 6,93 pCt. die Frauen mit Erkrankungen der Sexualsphäre (hysterische und puerperale Formen). Daran reihen sich die Geistesstörungen durch Epilepsie in einem Verhältniss von 6,68 pCt. (7,73 M. — 5,51 Fr.). Alkoholismus war in 3,92 pCt. Ursache der Geistesstörung (besonders in Ligurien und Venetien) — Excesse überhaupt in 1,16 pCt. bei Frauen und in 3,73 pCt. bei Männern. — Als Ursache der so häufig bei Aerzten beobachteten allgemeinen Paralyse hebt *Verga* besonders deren angestrengtes, mühevolles Leben hervor.

Killiches, Statistik des Sanitätswesens der im österreich. Reichsrathe vertretenen Königreiche und Länder für das Jahr 1876. Herausgegeben von der k. k. statist. Centralcommission. (Wien 1880. — Wien. med. Woch. No. 21.)

Aus dem Abschnitte über die Irrenanstalten ist zu entnehmen, dass im Jahre 1876 21 öffentliche und 6 Privatanstalten mit 8609 Kranken bestanden. Von diesen wurden 8 pCt. geheilt, 12,7 pCt. starben. Nach dem Geschlechte vertheilt sich die Hauptziffer auf 54,9 pCt. männliche und 45,1 pCt. weibliche Individuen; auf die ledige Bevölkerung entfallen 60,4 pCt. (30,5 pCt. M. und 29,9 pCt. Fr.), von den in den Anstalten Behandelten entfallen aber auf den ledigen Stand 55,9 pCt. (31,8 pCt. M. und 24,1 pCt. Fr.), wobei zu berücksichtigen, dass 33,8 pCt. der Bevölkerung dem Alter unter 15 Jhr. angehören, während unter den behandelten Irren nur 0,9 pCt. in diesem Alter standen, wonach sich das Verhältniss zwischen der ledigen Bevölkerung und den behandelten Irren ledigen Standes im Alter über 15 Jhr. wie 26,6 : 55,0, also stark zu Ungunsten des ledigen Standes stellt. Das grösste Kontingent der Irren lieferte Böhmen mit 2467, dann folgte Niederösterreich mit 1518, Dalmatien hatte nur 43.

Die meisten Fälle von Irresein kamen vor in der Altersperiode von 35—40 Jhr., nämlich 15,7 pCt.; dann folgten die Jahre zwischen 30—35 mit 15,0 pCt.; unter 10 Jhr. kamen 20 Fälle = 0,3 pCt. vor.

Besonders häufig fand sich Irresein bei Personen mit vorwiegend geistiger Beschäftigung (1,33 pCt. der Bevölkerung und 9,66 pCt. der Irren),

ferner beim Gewerbs-, Fabriks- und Handelsstand (13,1 pCt. der Bevölkerung und 34,53 pCt. der Irren); günstig dagegen stellte sich das Verhältniss bei den mit Land- und Forstwirthschaft beschäftigten Personen (37,32 pCt. der Bevölkerung und 19,33 pCt. der Irren).

Unter den Ursachen wird erbliche Anlage mit 18,2 pCt., deprimirende Affecte mit 12,5 pCt., Trunksucht und excedirender Geschlechtstrieb mit 12,3 pCt. angegeben.

Inhalt.

Ueber die Verrücktheit[1]).

Von

Sanitätsrath Dr. Jung,
Director der Prov.-Irrenanstalt Leubus.

Wie der früheren Zeit in dem Worte Melancholie das Wesen der Geistesstörung aufging und in diesem Sinne *Lorry* sein grosses Werk de melancholia schrieb, so scheint jetzt das Irrsein in dem Begriffe Verrücktheit sich aufzulösen. Und in der That, verfolgen wir die letzten Jahrzehnte der Aufnahmen und Anmeldungen in Leubus, so finden wir seit dem Jahre 1866 die Verrücktheit nicht blos relativ zunehmen, sondern geradeswegs in der Neuzeit überwiegen. Es ist dies eine Erscheinung, die sich nicht erklären lässt aus der besseren Diagnose, wir haben in Leubus stets die Lehre von der Verrücktheit festgehalten; es ist dies eine Erscheinung, welche auf eine Wandlung in der Aeusserungsart des Irrseins hinweist, ganz ebenso in der geringeren Heilbarkeit der stupiden Formen sich verräth und durch die seit Jahren von uns beobachtete und ausgesprochene Abnahme der rüstigen Geister und Leiber bedingt ist.

Wie Sie wissen, hängt von dem Vorhandensein dieser Rüstigkeit der normale Ablauf der als Melancholie und Manie bezeichneten Irrseinsformen ab; fehlt diese Rüstigkeit, so haben wir die Formen der Verrücktheit, welche unter der Maske der

---

[1]) Vortrag im Verein der Aerzte Niederschlesiens und der Lausitz am 10. Oct. 1880.

Maske der Melancholie oder Manie beginnen und mehr oder minder schnell als Verrücktheit sich enthüllen, oder die Abarten von Melancholie und Manie, die sehr bald in die Verstandessphäre übergreifen, sich anfänglich mit Verrücktheit combiniren, meist aber dieser unterliegen oder in diese übergehen, während doch die genuinen Formen heilbar bleiben, immer das Grundgepräge von Melancholie bez. Manie festhalten, mögen sich auch Wahnvorstellungen, verrückte Vorstellungen, Sinnestäuschungen, verkehrte Triebe mit ihnen verbinden. Derselbe kurze und günstige Verlauf trennt die acute Verwirrtheit von der Verrücktheit. Diese entsteht für gewöhnlich ohne jedes melancholische, maniatische oder verwirrte Vorstadium; ihr Wahn tritt gerade so unmittelbar, gerade so als Primordialdelir, als automate Leistung der Grosshirnrinde auf, wie die Verstimmung, der Kleinmuth des Melancholischen, der Uebermuth des Maniatischen, die Vorstellungsfluth des Acut-Verwirrten.

Schon in fieberhaften Krankheiten, bei Vergiftungen treten ohne alle äusseren Beziehungen ganz isolirt falsche Vorstellungen auf. Wir finden ein gleiches in der Melancholie und Manie, und dann diese Delirien theils der Stimmung gleichartigen, theils ihr entgegengesetzten Inhalts; wir finden die acute Verwirrtheit dadurch ausgezeichnet; wir finden ähnliche Vorgänge bei sonst ganz Gesunden. Wir finden diesen Vorgang als formgebendes Element bei Verrückten. Wird der Melancholicus oder Maniaticus ohne jeden äusseren Grund beklommen, traurig, wonnegeschwellt, so befällt diese Kranken, die Verrückten, ein Einfall, eine Vorstellung, eine widersinnige, eine verrückte Idee.

All' diese Kranken sind mehr oder minder hirnschwach, hirnsiech — darum spielen Gehirnreize eine so geringe Rolle bei diesen Kranken, schwachsinnige neigen nicht zu Gemüthsbewegungen —, sei es dass ihr Geistesleben von Geburt an weniger entwickelt, minder veranlagt und kräftig ist, sei es dass ihr Hirn vorzeitig ergreiset, verbraucht, oder sonstwie durch Krankheit oder Anlage geschwächt oder erschöpft ist; darum neigen Trinker und Wöchnerinnen so zu dieser Störung und darum ist das Delir beider wohl nie ohne verrückte und

hallucinatorische Elemente, darum hallucініren unsere Kranken so schnell.

Man nimmt nun an, dass in diesen Gehirnzuständen das Vorderhirn, der Sitz der Willensenergie, der Erinnerungsvorstellungen geschwächt sei und sagt, es entziehe sich die automate Thätigkeit einer oder einzelner Gedankenzellen der Oberordnung des einheitlichen Bewusstseins; es seien dies abgelebte, bildungsunfähig gewordene, idiotische Zellen, darum eigensinnig und jeder Belehrung unzugänglich wie Blöde und Greise. Durchschlagend ist daher die Neigung, alle Gedanken ohne Mitwirkung des Nachdenkens direct ohne psychischen Umweg in Wahn umzusetzen; das unbewusste Seelenleben überwiegt, die Phantasie überwuchert alles; jeder Einfall gilt als Thatsche und tritt ohne Kritik, ohne Zweifel in seine Wirklichkeit mit voller Klarheit allen früheren Lebenserfahrungen zum Trotze gleichwerthig in's Bewusstsein. Alte Vorstellungsreihen müssen weichen, alte Erinnerungsbilder schwinden, bestimmte Hirnzellen nebst den an sie gebundenen Begriffstheilen gehen zu Grunde, nicht zusammengehörige rücken an einander, pathologisch neue entstehen, nicht zusammengehörige werden mit einander verknüpft, die alte Vergangenheit, die alten Wege, die gesunde Geschichte des Individuums werden ausgelöscht.

In vielen Fällen ist die Verrücktheit eine Steigerung der Charaktereigenthümlichkeiten, die pathologische Blüthe der abnormen Individualität, der Abschluss der Lebensentwickelung. Der Misstrauische wähnt sich zuletzt verfolgt, der Rechthaberische wird Querulant, der Bigotte religiös-verrückt und erotoman.

Bei Erblich-Veranlagten sind oft die geringfügigsten Ursachen, insonderheit physiologische Vorgänge, wie Entwickelung, Entbindung, Wechselzeit krankheitserzeugend; sonst sind dies Kinder-, Zahn- und Infectionskrankheiten (Typhus, Scharlach, Masern, Pocken), Meningitis, Kopfverletzungen, Hirnleiden in Kindheit und Jugend, Taubheit besonders nach Ohrenleiden, Magen- und Unterleibsleiden, Menstruationsstörungen, hypochondrische Leiden, welche Ursache, Gelegenheit, nachweisbaren Ausgangspunkt geben. Pathologischen Zuständen

schliessen sich eben gern pathologische Processe an und werden Lebenseinflüsse zu Krankheitsreizen, welche Gesunde völlig ausgleichen oder, wie eine Arbeitsüberlastung, ungefährdet überwinden.

Der Inhalt der falschen Vorstellungen ist stets ein enger und bestimmter; er ist zumeist der einer Beeinträchtigung der eigenen Person, selten der einer Erhöhung derselben, gewöhnlich eine Verquickung beider, wo dann die Beeinträchtigungsvorstellungen stets die ersten, die Grössenideen die späteren sind, sei es dass auch sie als Primordialdelir spontan entstanden oder erst secundär auf dem Wege der Reflexion; Sinnestäuschungen, insonderheit Stimmen, Gemeingefühlsstörungen, vorwiegend hypochondrischer Art, sind fast die steten Begleiter.

Der Kern der Störung ist der Wahn und das Kennzeichnende all' dieser Krankheitszustände der krankhafte Vorgang im Vorstellen. Dieses ist im Gegensatze zur Melancholie und Manie immer zuerst erkrankt. Der Wahn tritt isolirt auf, unabhängig von einem ihn tragenden Affecte; Angstanfälle, gemüthliche Reizzustände, Tobausbrüche, stuporöse Versunkenheit sind immer erst secundär. Der einleitende Wahn entsteht ohne jede Gemüthsunterlage, ohne jedes Nachdenken vorher; er ist nicht Erklärungsversuch, wie in der Melancholie und Manie. Diese haben allerdings auch Primordialdelir, aber dann ist dieses stets nebensächlich, später und für den Grundcharakter der Störung gleichgültig, während es umgekehrt bei der Verrücktheit grundlegende Hauptsache ist. Denselben Werth, wie dieses Verstandesdelir für Melancholie und Manie hat, denselben secundären Werth hat die Mit- bez. die Nachbetheiligung der Gemüthsseite für die Verrücktheit; beide Zustände stehen unterwerthig erst in zweiter Linie und sind zum grundlegenden Charakter der Störung nicht nothwendig, wenn sie auch ihr Bild vervollständigen.

Der Melanchol. ist verfolgt, weil er es verdient, weil er ein schlechter Kerl ist, seine Strafe ist gerecht — der Verrückte weiss zwar, dass er verfolgt ist, er weiss nur nicht warum, er leidet aber unverdient, ungerechter Weise; er ist nicht schuldig, sondern andere; er begreift nicht warum man

ihn verfolgt, oder aber er ist verfolgt, weil er anderen im Wege ist, er ist ein Opfer der Intrigue, der Feindseligkeit anderer etc.; Melancholie und Manie in ihrer einfachsten Form sind blosse Verstimmung und laufen binnen Jahresfrist ab, sie enden in Genesung oder Schwachsinn und geistigen Verfall; sie ergreifen den ganzen Menschen; die Verrücktheit beginnt immer mit einem Wahne, dauert fast unverändert Jahre, lässt den grössten Theil des Seelenlebens unversehrt und endet nie in eigentlichen Blödsinn; Melancholie und Manie sind in ihren Aeusserungen wandelbarer, bewegter, ich möchte sagen welliger, die Verrücktheit zeigt immer etwas Starres, Unbewegliches, Bleibendes; der Wahn des Maniat. ist bunter, gemischter, der Wahn des Melanchol. unbestimmter, der Wahn beider wechselnder, verschwommener; der Melanchol. ergeht sich in allgemeinen Verfolgungsvorstellungen, während der Wahn der Verrückten eng, fest, begrenzt und folgerecht ist, System und Consequenz zeigt, der Verrückte hat einen ganz bestimmten Feind, er weiss einen ganz bestimmten Gegenstand, durch den er z. B. vergiftet ist; der Melanchol. bittet um Verzeihung und fällt vor dem ersten besten auf die Knie und fleht die Majestät um Erbarmen an; der Maniat. nimmt das ihm gereichte Gift, das ihm ja nicht schaden könne, lachend; der Verrückte ist empört ob der ihm zugefügten Misshandlung und rächt sich dafür. Der Wahn des Melanchol. und Maniat. ist möglich, wenigstens dem Bildungsgrade des Erkrankten nach möglich, der Wahn des Verrückten ist romanhafter, abenteuerlicher, er ist geradezu unmöglich und gegen alle Naturgesetze verstossend; der Wahn des Paralytikers ist allerdings auch unmöglich und übernatürlich, er ist aber noch ungeheuerlicher; er ist vor allem systemlos, wechselnd, in's Gegentheil umschlagend und mehr äusserlich; er wird nicht von der Persönlichkeit des Kranken getragen. Der Verrückte hat nie Krankheitsbewusstsein, wie doch der Melanchol. und Maniat.; den Melanchol. charakterisirt die Selbstanklage, der Kleinheitswahn, den Verrückten der Beobachtungswahn, die Selbstvertheidigung, der Ueberhebungswahn mit Verfolgungsvorstellungen; der Verrück[illegible] zeigt ein mehr oder minder gehaltenes, gesammeltes W[illegible] nie die Zerfahrenheit des Maniat., nie die Willenssch[illegible]

und Gebundenheit des Melanchol., nie die Verwirrtheit beider; dem Verrückten ist trotz aller inneren Verkehrheit eine gewisse äussere Verständigkeit eigen und nur zu oft schlaue, sicher berechnende Lebensführung, concentrirtestes Denken und Handeln, äusserst actives bedeutendes Leisten. Zu ihnen gehören jene irrsinnigen Geister, die zunächst denen mit epileptischer Anlage, die Welt in Bewegung setzen.

Der Ausgangspunkt der Wahnbildung in der Verrücktheit kann ein dreifacher sein: ein krankhaftes Fühlen leitet die Störung ein, das Seltenste, oder falsche Vorstellungen treten von vornherein auf, das Gemeinigliche, die eigentliche Verrücktheit; oder aber Hallucinationen, namentlich des Gehörs, setzen plötzlich und überwältigend ein, der acuteste Ausbruch.

Ist ein krankhaftes Fühlen das erste, so zeigt die Entwickelung viel Aehnliches namentlich mit der Melancholie; hier finden dann oft Täuschungen und Verwechselungen mit Melancholie und Manie statt. Es geht dann ein allgemeines Unbehagen voran, wie es den anderen Irrseinsformen als einleitender Zustand auch eigen ist. Die Nachrichten, welche die Peripherie dem Centrum sendet, werden krankhaft, die Individualität, der Charakter des Kranken wird in Folge davon anders, wie wir dies ja in jeder langwierigen Krankheit sehen; diese peripheren Nervenerregungen und -schmerzen erzeugen centrale Empfindungen und Vorstellungen, hypochondrisch hysterische Gefühle werden umgedeutet, allegorisirt, sexuelle, hypochondre Sensationen werden zu Hallucinationen; Verfolgungs- und Grössenideen bilden sich aus, falsche Urtheile spielen mit hinein, Sinnestäuschungen vollenden das Bild.

Den Kranken überschleicht ein dunkles Gefühl seines Zustandes, seiner eingebüssten Leistungsfähigkeit; er kann nicht mehr wie früher, alles geschieht mühsam, schwer, widerwillig; Zerstreuungen schärfen nur den Gegensatz zwischen dem inneren Unbehagen und der äusseren Lust; alles ärgert, reizt ihn; das Gefühl verrückt zu werden befällt ihn, der Gedanke des Selbstmordes durchzuckt ihn, er verschliesst sein inneres Gähren, seine fremdartigen Einfälle und Ideen finster in sich. Die Ernährung sinkt, der Schlaf flieht, das Gehirn verliert stetig an Widerstandskraft, die Hemmungsthätigkeit des Vorderhirns

nimmt ab, das Weben des Unbewussten nimmt zu, der Kranke wird reizbarer, reflexempfänglicher, die Thätigkeit der Unterrindenganglien selbständiger, unwillkürlicher, unwiderstehlicher; es bemächtigt sich des Kranken ein Gefühl tiefster Leistungsunfähigkeit: das Gefühl des Stillstandes und der Hemmung aller Seelenvorrichtungen — Melancholie, das Gefühl freiester Ungebundenheit bis zum Sturm in allen psychischen Vorgängen — Manie; er wühlt in seinem Innern, in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft nach dem Grunde seines ihm unerklärlichen Zustandes, er findet keinen in sich, also muss — „er hat dafür zwar blosse Vermuthung, aber für deren Richtigkeit zeugt sein Empfinden und Leiden" — dasselbe ausser ihm liegen; es können dies nur feindliche geheime Einflüsse sein und es sind dies je nach seinem Bildungsgrade und der Richtung, wo seine höchsten Interessen liegen, entweder allgemein: Hexen, Zauberer, Jesuiten, Freimaurer oder ganz bestimmte Personen: Collegen, die Familie, Weib, Kinder; seine innere Ueberzeugung wird zur gehörten Stimme, er sei verklatscht, berufen u. s. w. Ist dieses erklärende Wort gefunden, dann ist der Weg zur Verrücktheit gegeben, ist dieses irrsinnig geborene Wort bestätigt durch Stimmen und eigene sinnengetäuschte Beobachtung, dann ist der Weg zur Verrücktheit eingeschlagen.

Gewöhnlich, und dies ist die eigentliche Verrücktheit, entsteht der Wahn ohne jeden einleitenden Vorgang, rein primär, unvermittelt. Die Denkzellen sind spontan thätig, Traumerlebnisse, Delirien früherer Krankheiten treten als wirklich Geschehenes in's Bewusstsein, gewisse falsche Vorstellungen drängen sich vor, gliedern sich folgerecht und unter Aufsicht des Bewusstseins auferbaut sich allmälig die Krankheit, die Vorstellungen werden zu Zwangsvorstellungen, bleiben auf diesem Gebiete stehen oder schreiten fort zur Bildung von Wahnvorstellungen und enden unter Anknüpfung von Sinnestäuschungen in Verrücktheit.

In der Regel ist die Entwickelung eine langsame, Jahre lange, bisweilen rückführbar bis in die früheste Jugend und Kindheit; phantastisches Ideenspiel, unverdaute Lesefrüchte, Träume, Fieber, Delir, Einfälle bilden die Grundlage. Diese Kranke sind besondere Kinder, träumerisch, umständlich, ohne

Selbstvertrauen, begehrlich. Ihre Wünsche gehen in's Ungemessene, Erreichtes macht ihnen keine Freude, sie schliessen sich niemand oder nur älteren an.

In der Seele des Betroffenen taucht plötzlich eine Vorstellung, blitzt ein Gedanke auf; der Kranke spielt mit ihm, vermag aber bald seiner nicht mehr Herr zu werden, der Gedanke kehrt immer aufdringlicher wieder, verlässt ihn auch im Traume nicht; er haftet und gewinnt die Gewalt eines Axioms, eines Glaubensartikels, einer Wahrheit und Lebenserfahrung; er erscheint als Inspiration. Dieser Gedanke schlummert scheinbar lange, beeinflusst die anderen Vorstellungen gar nicht, er scheint sich zu isoliren, plötzlich bricht er in Folge irgend einer Gelegenheitsursache, irgend eines eigenthümlichen Hirnzustandes des Betroffenen mit elementarer Gewalt hervor oder er drängt zur Verlautbarung als Resultat des Abschlusses der innerlich arbeitenden Gedanken.

Der Kranke wird allmälig anders, die äusseren Bedingungen seines seelischen Geschehens sind andere geworden; er beobachtet alles misstrauisch, argwöhnisch, er bringt alles zu seiner Person in Beziehung, er sucht und wittert hinter allem etwas, was diesen Dingen gar nicht zukommt; er gewinnt die Ueberzeugung, man thue ihm nicht genug Ehre an, man hindere ihn in seinem Fortkommen, man suche ihn an Leib und Leben, an Ruf und Ehre, an Stellung und Erwerb zu schädigen, man verklatsche, verdächtige ihn. Aufpasserisch auf alles, was um ihn vorgeht, entfällt seiner Beachtung nichts, aber so scharf er sieht, alles beobachtet und deutet er subjectiv im Sinne seiner Voreingenommenheit, seines Argwohns und findet in allem Anerkenntniss, seltener das Gegentheil, und geheimnissvolle ihm geltende Zeichen; er legt Beziehungen und Bedeutungen unter, die nur in seiner Auffassung, in seiner Reizbarkeit, seinem angeborenen oder durch die Krankheit erworbenen Charakter liegen und subjectiv zwar richtig, objectiv aber falsch sind. Da ereignet sich irgend ein Unvorhergesehenes, ein zufälliges Wort fällt, eine Idee wird hingeworfen, er stösst beim Lesen auf ein gewisses Wort; etwas für andere ganz Harmloses, Bedeutungsloses geschieht; sofort ist er bestärkt in seiner Annahme, seiner Ahnung, seinem Verdachte und ohne

jede Kritik, ohne jede Mitwirkung des Nachdenkens, ohne jedes abwägende Zögern ist wie mit einem Schlage der Wahn fix und fertig, die Vermuthung zur unumstösslichen Thatsache und Gewissheit geworden. Bisweilen tritt ein Affectszustand hinzu, die Verdachtsgründe, dass alles ihm gelte, haben sich subjectiv gemehrt, da tritt ein Angstanfall ein, ein Excess, eine Mageuüberladung, ein Trink-, ein Arbeits-, ein geschlechtlicher Excess und wie mit einem Schlage ist dem Kranken klar, warum er sich so elend fühle. Sinnestäuschungen, besonders Stimmen mit unangenehmem Inhalte stellen sich ein, Stimmen mit angenehmem Inhalte folgen und festigen ihrerseits den Wahn des Verfolgtseins, den Grössenwahn.

Bisweilen ist die Entwickelung acuter, der Kranke wird nachlässig, brütet, starrt still vor sich hin, lacht äusserlich unmotivirt auf, da wird sein Interesse gewaltig erregt, z. B. durch Erbstreitigkeiten, er begeht einen Excess, z. B. Tanz, Trunk und Geschlechtsgenuss; es bricht Tobsucht aus, der sich unter äusserer Beruhigung die verrücktesten (Grössen-) Ideen anschliessen mit Stimmenhören und Visionen. Mit dem Ausbleiben der Menses tritt ein Zustand von Verwirrtheit ein, der in Schwachsinn endet mit allerhand Verfolgungs- und Grössenideen.

Diese Hallucinationen bilden einen wesentlichen, einen formgebenden Bestandtheil der Verrücktheit, diese sind vorwiegend Gehörstäuschungen, in zweiter Reihe Gefühlstäuschungen, in dritter und mehr episodisch Gesichtstäuschungen. Stimmen, vorwiegend unangenehmen Inhalts, abnorme Sensationen, z. B. Gefühl eines Hauches u. dgl., Visionen meist weniger persönlicher Art, Sehen z. B. einer Krone, eines Grabes, können die Störung einleiten.

Der Kranke ist Onanist; er fühlt sich matt, leicht erregt; er wird unstet, jede Bewegung erzeugt ihm Schmerzen unter den Rippen; Selbstmordgedanken treten auf; da lösen plötzlich diese Empfindungen Stimmen aus: er wird beschimpft, er reagirt dagegen und geht in seiner hallucinatorischen Welt auf.

War es dem Kranken anfänglich nur aufgefallen, dass die Leute ihn so eigen ansahen, dass ein anderer ging, wenn er ein Lokal betrat, dass ihm begegnende gerade ausspuckten, wenn er vorüberging, hatte der Kranke das Gefühl, dass man

mit Fingern auf ihn weise, auf ihn zischle, bezogen sich gewisse Inserate in Zeitungen auf ihn und spielte der Pfarrer auf der Kanzel nur auf ihn an — so hört er jetzt deutlich, sich von diesem Betrüger, Räuber, Dieb nennen, so sieht er jetzt deutlich die höhnischen Gesichter, mit denen man ihn ansieht, so ist jetzt in allen Zeitungen und Plakaten von ihm die Rede; er hört seine eigenen Gedanken und schliesst, seine Feinde machen sie ihm, die Leute wissen seine eigenen Gedanken, die er nicht einmal wisse; er schmeckt, riecht in den Speisen Gift, er riecht giftige Gerüche und spürt die Wirkung in seinen Eingeweiden; er sieht Schlangen um sich und fühlt deren Stiche; er bezichtigt den Ehegatten der Untreue und hört, sieht denselben vor seinen sichtlichen Augen den Beischlaf mit anderen ausüben. Diese Kranken leiden an Reizgefühlen in den Geschlechtstheilen und sie fühlen sich gemissbraucht, Luft in den Penis blasen, man hebt ihnen die Röcke auf; sie haben Hitze- und Kältegefühle; sie fühlen ihre Gliedmaassen anders und sie behaupten, man blase ihnen Luft unter die Haut, reisse ihnen die Brauen etc. aus, bearbeite und zwicke sie mit Maschinen, beraube sie einzelner Körpertheile, nehme ihnen Nachts die Knochen heraus; sie sind bereits mehrmals getödtet und haben sich selbst wieder lebendig gemacht. Alles was sie umgiebt ist nachgemacht, verkappt, unwahr, sie selbst sind anderen Geschlechtes geworden, der Junge zum Mädchen, die Frau zum Manne und spricht von sich nur als „er". Sie fühlen nicht mehr blos ihre vagen, nervösen, krampfigen Beschwerden, sie sagen nicht mehr, es wäre ihnen, als ob auf ihnen ein Stein liege, ein Wurm im Magen nage, als sei eine Maschine im Kopfe — es sind jetzt Läuse, Wanzen, Schlangen, Steine etc. in und auf ihrem Leibe; die Leute hecheln Flachs in ihrem Kopfe, ganz bestimmte Personen, die sie zudem sehen, drücken ihnen die Brust zusammen, ihnen ist die Seele genommen, darum haben sie keine Kraft, und machen sie die entsprechenden Bewegungen, die Schlangen von sich abzuschütteln, den auf sie gezückten Eisenstäben auszuweichen, die Würmer aus sich herauszukratzen, die Fäden, mit denen sie mit der Aussenwelt verknüpft sind, zu zerreissen. Sie unterscheiden genau zwischen diesen Schmerzen, die ihnen gemacht werden und anderen

Schmerzen. Alles, was sie sehen und hören, wird sofort für ihre Gefühle wahnhaft verwandt; sie leiden an Herzensangst (Fettherz), sehen in der Menagerie eine Boa constrictor, sofort hat diese sie angehaucht und steckt in ihnen (wir); sie sehen einen Gipsfiguren-Hausirer (*Schüle*), besuchen ein Gips-Cabinet (wir), sofort ist auch ihr Herz von Stein; sie leiden an Kopfkrämpfen, treffen Zigeuner und in schnellster Folge reden diese, Engel, Teufel u. dgl. aus ihrem Kopfe, stecken in ihnen und böse Geister treiben sie zu den verrücktesten Handlungen. Hier können dann sehr leicht secundär melancholische Wahnideen entstehen; die Geister lassen ihnen keine Ruhe, also sind sie schlecht und müssen sie für (gar nicht begangene) Jugendsünden büssen, auch hierin die verrückte Auffassung und Verarbeitung ihrer Vorstellungen verrathend.

So können diese hallucinatorischen Verrücktheiten äusserst acut und stürmisch auftreten und durch ihre enorme Massenhaftigkeit secundäre Verwirrtheit erzeugen und so die Bildung eigentlicher Wahnvorstellungen verhindern oder doch nicht zu Wahn sie verdichten lassen; es kann zuletzt fast jeder Gedanke zur äusseren Stimme werden, jede Sensation eine Wahnvorstellung und umgekehrt auslösen. Es trifft dies besonders die sensorische Art; Magenleiden, Herzleiden, sensibel-hypochondrische Zustände bilden die Unterlage. Verschieden ist diese mehr symptomatische Verwirrtheit von der primären, mehr einer Abart der Manie. Auch hier sind es geschwächte, besonders veranlagte Individuen, zumal Weiber, aber meist ist es eine plötzlich und heftig einwirkende Gemüthserschütterung, die eine so enorm und rapide sich aufdrängende Menge von Vorstellungen im Gefolge hat, dass bei der Schwäche des Organismus acute Manie nicht aufkommen kann und statt der dieser sonst eigenen Helligkeit des Bewusstseins völlige Verstandesumneblung und Urtheilsfälschung eintritt.

Diese acut hallucinatorische Verwirrtheit findet sich namentlich im Wochenbette, kurz nach der Geburt, im Alkoholdelir. Ein Kranker dieser Art, der Noth preisgegeben — er hat in letzter Zeit wenig gegessen, desto mehr getrunken — fühlt allerhand Beschwerden in seinem Körper, seinen dern, er hat Kopfschmerzen, Bruststechen etc., er füh

immer schwächer, also ist ihm im Essen etwas beigebracht, er wird immer unsteter, arbeitsunfähiger, hat Wirthschafts-Skandale, fühlt sich nirgends sicher, auf der Strasse sieht er sich angestaunt, hört er Vorübergehende sagen: „wie sieht er doch so gut aus und kriegt täglich Gift", das Gift macht ihm also die innere Unruhe; er fühlt eine Erstarrung durch alle Glieder bis in den Mund, das hat wieder das Gift gemacht; jetzt rufen auch die Soldaten vor ihm heraus, das müsse eine besondere Bewandtniss haben, darum habe man ihn so eigen angesehen, darum vergiften wollen, darum hat sein Vater, der ein simpler Zimmermann ist, oft so und so eigen geredet, er werde alles erfahren — warum habe man ihn so angesehen und vergiften wollen, weil er fürstlicher Herkunft sei. Unter Ausbruch eines Icterus afebrilis genas er, wir wüssten ja, sagt er, wie man es treibe, wenn man irre sei.

Daneben fehlen nie somatische Symptome, allerhand nervöse, hypochondrische, hysterische Beschwerden, gehen den Störungen voraus, leiten sie ein, begleiten sie. Solche sind Gefühle von Abgespanntheit, Zerschlagenheit, von Ermüdung und Schwere in den Gliedern — sie fühlen die Beine wie Blei — aufsteigende Sensationen nach dem Kopfe, Schwindelgefühle, Kopfschmerzen, Anfälle von Ohnmacht mit Bewusstlosigkeit, sogenannte Kopfkrämpfe; Ziehen in den Gliedern, Durchzucktwerden wie von elektrischen Schlägen, lähmungsartige Schwäche, krampfige Muskelunruhe, wandernde Schmerzen in den Gliedern, Pseudorheumatismus, Zucken um Brauen und Auge; Anfälle von krampfhaftem Weinen, epileptiforme Zufälle, Schlaflosigkeit. Das Wesen ist verschlossen, wortkarg, zerstreut, oft hochfahrend und gereizt; die Stimmung wechselnd, überwiegend argwöhnisch, die Züge gekniffen, der Gesichtsausdruck finster und hochfahrend, der Ausdruck um die Augen ein anderer als der um den Mund, dieser lacht, jener droht oder späht; der Blick ist lauernd, stechend, seitwärts gerichtet, unheimlich, unstet, der Augapfel bisweilen schwach nystagmisch-oscillirend; die Haltung bewusst, steif, kampfbereit; die Rede kurz, bestimmt, eigenthümlich getragen, oft voller Andeutungen und Anspielungen, abgebrochen und unvollendet, mit dem Inhalte der Stimmen untermischt; den Worten wird eine besondere Be-

deutung untergelegt, das Ich, gewisse Worte und Redewendungen werden in Brief und Schriftstücken unterstrichen; eigenthümliche Satzbildungen, der Inhalt der Stimmen, eingeschoben, seltsame Schnörkel und Zeichen angewandt oder hinzugethan; es werden besondere Worte gebildet. Die Kranken sprechen von sich in dritter Person, sagen statt ich „sie“ oder „er“ oder „einer“, oder gebrauchen nur ihren Vornamen. Fragen werden gar nicht beantwortet, hochmüthig ignorirt; die Antworten sind ausweichend, wir wüssten ja, warum frügen wir erst. Die Kranken sehen uns dabei eigenthümlich an, blinzeln uns zu, winken uns mit den Augen wie verständnissvoll einverstanden; um die Lippen schwebt ein bissiger, höhnischer Zug oder ein stereotypes, geheimnissvolles Lächeln. Wollen wir in ihr Inneres dringen, so hüllen sie sich in Schweigen, blicken wohl wie nachdenklich vor sich hin und panzern sich wie gegen einen unliebsamen Ueberfall. Sie geben sich oft den wunderlichsten Bewegungen hin, treffen die wunderlichsten Vorkehrungen, sehen stundenlang in die Sonne. Sind sie auch über alles andere mittheilsam, über den Wahn schweigen sie, man kann ihn nur mit Mühe ihnen entreissen. Trotz der verrücktesten Ideen bewahren diese Kranken oft lange ein äusserlich gehaltenes durchaus verständiges Benehmen, sie bleiben gesellig, geschäftlich thätig, selbst witzig, geistreich und tüchtige brauchbare Arbeiter, wie gern gesehene Gesellschafter. Das Gedächtniss ist gut, selbst „minutiös“, das Urtheil treffend, Gemüth und Wille nicht merklich beeinträchtigt und so kann Jahre lang das Gesammtgeistesleben unversehrt erscheinen; bringt man sie aber auf ihren Wahn, ihr Delir, ihre Stimmen, dann zeigen sie sich, geben sie überhaupt Auskunft, schwachsinnig und faselig, wie alle anderen Irren.

Der Ausgang ist in den seltensten Fällen Genesung und dann wohl nur in den acut einsetzenden, mehr mit acuter Verwirrtheit, mit wechselndem Wahn und ohne secundären Wahn verlaufenden Fällen. Dies sind aber überwiegend sensorisch-hallucinatorische und alkoholistische. Der Kranke anerkennt seinen Wahn, seine Hallucinationen als krankhafte. Häufiger ist die relative Genesung, die Genesung mit Defect; Wahn und Hallucinationen treten in den Hintergrund, die diese trag

Zellen werden isolirt, ausgeschaltet; die Ueberthätigkeit des unbewussten Seelenlebens schweigt. Der gewöhnliche Ausgang ist eine gewisse geistige Schwäche mit relativer Arbeits- und Leistungsfähigkeit, aber steter Neigung zu flüchtiger oder anfallsweiser Wiederkehr der Wahngebilde.

Der Verlauf ist überwiegend chronisch. Die Kranken spinnen sich in ihre Einbildungen ein und nehmen allmälig einen anderen Lebensinhalt, ganz andere Lebensformen an. Aber alle sind zwischenläufigen Aufregungen unterworfen und von diesen datirt dann der Laie den Beginn der Störung. Es treibt der Zwang des innerlich fortarbeitenden Wahns zur Geltendmachung nach aussen; es sind wieder Gelegenheitsschädlichkeiten, z. B. eine Magenüberladung eingetreten und sofort tauchen mit diesen die verrückten Wahngebilde und allegorisirenden Umdeutungen auf.

In diesen Aufregungszuständen enthüllen sie dann ihre Täuschungen oder ein weiteres Bruchtheil ihrer „Leidens- und Heldengeschichte“. So erscheint die Entwickelung sprungweise, schubweise, sie kann dabei alle Formen annehmen; es können längere Zeit kurze, tagelange Anfälle von Irrsein, Anfälle von Irrsein, die selbst erst als Melancholie, dann als Manie auftreten, an das circuläre Irrsein erinnern, vorangehen, bis die Krankheit zuletzt als Verrücktheit sich enthüllt: — sie kann Jahre lang fast unverändert bleiben; es kann Tobsucht, ekstatische hallucinatorische Verwirrtheit eintreten; es können sich völlig passive, stuporähnliche Zustände herausbilden und die mannigfaltigsten Gefühle und Stimmungen sich einschieben; es können Nachlässe eintreten mit scheinbar völliger Genesung und der Verlauf an das periodische Irrsein erinnern — immer aber wird das emotive Element nebensächlich und das Ergriffensein des Gesammtgeisteslebens ein auffällig geringes bleiben.

All diese Kranken sind Dissimulanten, sie gelten draussen in ihren ruhigen Zeiten nicht für krank, sie gelten für gesund [1]) und halten sich selbst dafür, nicht sie, sondern die an-

[1]) Dr. *Giseke* schildert den Zustand einer solchen Hallucinanten in seinem Roman Brook I. 183 ff. (Selbstschilderung), *Jean Paul* den eines mit Zwangsvorstellung Behafteten in seinem Feldprediger Schmelzle.

deren (gesunden) sind krank; sie beurtheilen ihre Mitkranken richtig und erklären sie mit bezeichnendem Tone von oben herab für verrückt. Sie wissen ihre verrückten Vorstellungen draussen so geschickt zu verbergen, allen Fragen so gewandt auszuweichen, sie stellen ihren Wahn so unbefangen in Abrede, dass sie täuschen. Irgend ein Zufall, eine erhöhte (Arbeits-) Leistung, eine schlaflose Nacht, ein Affect, ein unerwartetes Ereigniss wirft die behauptete Selbstbeherrschung um; der innere Zwang des Wahns treibt zu seiner Verlautbarung; irgend eine verkehrte, gefährliche, verbrecherische Handlung enthüllt den Abgrund, vor dem man ahnungslos gestanden.

Das Verhalten gegen die Aussenwelt ist ein verschiedenes. Der Verrückte verhält sich mehr passiv, verschliesst sich peinlichst gegen die ihm feindselige Welt, sondert sich ab, verstopft Thür und Fenster, wäscht sich nicht, kauft seine Nahrungsmittel selbst und immer anderwärts ein, bereitet sich dieselben selbst zu, hüllt sich immer sorgfältig ein, bepackt sich mit Kleidungsstücken, giebt diesen besonderen Schnitt oder Zierrath, schneidet oder ritzt in seine Haut eigenthümliche Zeichen, wie Kreuze u. s. w.; die Kranken nesteln, wischen, stäuben, stets an ihren Kleidern, berühren kein Metall mit ungeschützter Hand, putzen und waschen alles und immer wieder.

Sie wechseln Name, Wohnung, Ort, Land; sie stellen ihre Verfolger zur Rede, warnend, drohend, miethen sich bei Polizisten zu eigenem Schutze ein; rufen Polizei und Gericht um Hülfe an; sie greifen zur Nothwehr, zur Selbsthilfe, morden offen am Tage ihren Verfolger und brüsten sich der That; sie schlagen den ersten besten nieder, damit sie nur vor Gericht kommen und man sie endlich hören müsse; sie entleiben sich selbst, der Qual satt; sie flüchten sich in ihre Phantasie und finden in sich selbst die Entschädigung, sie werden Fürsten, Könige u. s. w., Auserwählte des Herrn und Weltverbesserer. Diese bleiben Schwärmer oder treten als Prediger in der Wüste auf, wüthen aber auch zur Ausrottung der Ungläubigen mit Feuer und Schwert; sie verstümmeln sich; sie morden auf Befehl Gottes; sie opfern Frau und Kind und damit diese sicher in den Himmel kommen, diese während sie b

In der Reihe der Verrückten obenan st

Verfolgungswahn, wie er sich z. B. in der Einzelhaft entwickelt, aus dem angeborenen Charakter des Argwohns, der Verletzlichkeit, bei den sich selbst überschätzenden, den verkannten Genies sich herausbildet, im Querulantenwahnsinn und auf der Grenze des Krankhaften als Denunciantensucht sich zeigt, als Wahn ehelicher Untreue bei impotenten Männern, den nicht befriedigten Frauen, den Eifersüchtigen beiderlei Geschlechts, als Wahn physikalischer Beeinflussung bei Onanisten, als Vergiftungswahn bei acuten Magenleiden sich findet.

Wir haben in zweiter Reihe den primären Grössenwahn, der sich als irrsinniger Zug unserer Zeit die herostratische Sucht anschliesst, von sich reden zu machen, die religiöse Verrücktheit schwacher, bigotter und frömmelnder Gemüther, der Hysterischen und Epileptischen, die religiöse Verrücktheit der Asketiker und klimakterischen Weiber, die sexuelle, erotomanische Verrücktheit bei fehlendem, verkehrtem, pathologisch frühreifem Geschlechtstriebe.

Wir haben in dritter Reihe die Verquickung von Verfolgungs- und Grössenwahn, wie er sich bei von Jugend an Verschrobenen findet, den vertauschten Kindern, den verkannten Grössen etc.

Wir haben endlich die Zwangsvorstellungen und Zwangstriebe mit ihrer Grübelsucht und Berührungsfurcht, die hallucinatorische, die sensorielle Verrücktheit, die in äusserster Reflexerregbarkeit jede Sensation sofort wahnhaft umsetzt und jeder verrückten Vorstellung sofort Sensationen anschliesst.

Ueber die strafgerichtliche Verurtheilung Geisteskranker.

Von

Reg. Rath Prof. Dr. Schlager,
Director der n. ö. Landes-Irrenanstalt zu Wien, Mitglied des k. k. obersten Sanitätsrathes.

Die beim k. k. Wiener Landesgerichte gegen Marie Kruger wegen versuchten Mordes vom 13. Juni 1881 durchgeführte Schwurgerichtsverhandlung, bei welcher Marie Kruger zu acht Jahren schweren Kerkers verurtheilt wurde, hat durch den Umstand, dass sich nach stattgefundener Schwurgerichtsverhandlung herausgestellt hat, dass sich die genannte Person früher in Pflege der n. ö. Landes-Irrenanstalt zu Wien befand und vom k. k. Wiener Landesgerichte in Civilangelegenheiten schon früher als mit Blödsinn behaftet erklärt und dieserhalb unter Curatel gestellt worden ist, in Kreisen, die vermöge ihres Berufes den Vorkommnissen auf dem Gebiete der Strafrechtspflege ihre Aufmerksamkeit zuwenden, grosse Ueberraschung verursacht und zu lebhaften Discussionen, wie auch zur Veröffentlichung verschiedener Notizen und Erörterungen Veranlassung gegeben. Da der Irrenarzt, der sich speciell für das Gebiet der forensischen Psycho-Pathologie interessirt, mit Aufmerksamkeit auch die in den verschiedenen Blättern veröffentlichten Berichte über, unter auffälligen Verhältnissen verübte, gesetzwidrige Handlungen oder Unterlassungen beachtet und auch die über solche Fälle veröffentl· Gerichtsverhandlungen, so konnte schon an sich den dem

der Psychiatrie nahestehenden Aerzten der Fall der Marie Kruger nicht entgehen, und umsoweniger denjenigen, die davon Kenntniss hatten, dass sich Marie Kruger in früherer Zeit bereits als geistesgestört in der Irrenanstalt befand und während des Aufenthaltes dortselbst wegen gerichtlich constatirter Geistesstörung gerichtlich als blödsinnig erklärt und dieserhalb unter Curatel gestellt worden ist.

Der Umstand, dass Marie Kruger in früherer Zeit direct vom k. k. Landesgerichte in Strafsachen in die Irrenanstalt übersetzt worden war, legte die Annahme nahe, dass man dortorts in Kenntniss sein müsste, dass dieselbe von dort circa $1^1/_2$ Jahre früher wegen gerichtlich constatirter Geistesstörung der Irrenanstalt übergeben worden sei. Erst durch eine Notiz in dem Tages-Journale „Neue freie Presse" wurde das grosse Publikum und wie es scheint, auch die Organe der Justizbehörde darauf aufmerksam gemacht, dass sich Marie Kruger bereits in der Irrenanstalt befunden habe und während ihres Aufenthaltes daselbst wegen gerichtlich constatirten Blödsinnes vom k. k. Wiener Landgerichte in Civilangelegenheiten unter Curatel gestellt worden ist.

Je nach den verschiedenen Standpunkten und wie es für den unbefangenen Beobachter den Eindruck machte, je nach den verschiedenen individuell vorherrschenden Stimmungen und persönlichen Neigungen und vielleicht auch Abneigungen der auf die Abfassung der bezughabenden Notizen Einfluss Uebenden hatten diese verschiedenen Berichte eine verschiedene Färbung. In manchen leuchtete z. B. unverkennbar eine etwas gehobene Stimmung durch darüber, dass nach einem scharfen Kampfe zwischen dem Vertreter der Staatsbehörde und der Vertheidigung, in welchem letztere erfolglos für die Nicht-Zurechnungsfähigkeit plaidirte, der Vertreter der Staatsbehörde dagegen in einer scharfen Excursion und Philippica die heutige Richtung der Psychiatrie und forensischen Psychopathologie in Bezug auf die Beurtheilung der Zurechnungsfähigkeit abfällig behandelte — nun durch einen Journalisten auf das Uebersehen eines Momentes hingewiesen wurde, dessen rechtzeitige Kenntnissnahme bei normaler Abwickelung der Untersuchung und Verhandlung sowohl der Vertheidigung, wie dem Vertreter der Staatsbehörde

ihre Aufgaben wesentlich vereinfacht und erleichtert und den Verlauf der Verhandlung ganz anders gestaltet haben würde. In einzelnen Notizen suchte man die für manche Seite etwas unangenehm berührende Angelegenheit dadurch zu mildern, dass man Seitenhiebe den Organen der Irrenanstalt zuwendete und dieselben des unverantwortlichen Leichtsinnes beschuldigte, eine solche Person aus der Anstalt entlassen zu haben.

Der Umstand, dass die blödsinnige Marie Kruger sowohl während der Untersuchungshaft, wie bei der Schwurgerichtsverhandlung ihren Aufenthalt in der Irrenanstalt sorgsam verschwieg, gab einem Berichterstatter sogar zu der Deduction Anlass, wie arg es mit der Verpflegung und Behandlung der Kranken in der Irrenanstalt bestellt sein müsse, indem die Marie Kruger durch das Verschweigen obigen Umstandes den Beleg liefere, dass sie den Aufenthalt in der Strafanstalt zu Neudorf weitaus einem Aufenthalte in der Wiener Landes-Irrenanstalt vorziehe — solchen pikanten Gelegenheitsemotionen waren selbstverständlich auch belehrende Bemerkungen und Erinnerungen beigefügt. Derjenige, der die wechselnden Stimmungen und Anschauungen gewisser publicistischer Kritiker kennt, die sich im Laufe der Zeit bemerkbar machen, derjenige, der es wiederholt erlebt hat, wie je nach Umständen die Irrenärzte scharf in's Zeug genommen werden, wenn sie einen vom grossen Publikum und von einzelnen Personen für geistesgesund gehaltenen Menschen als geistesgestört ansehen und heftig angegriffen werden, dass sie denselben, nicht als geistesgesund, sondern nur als ungeheilt gegen Revers aus der Anstalt entlassen; dann wieder unverantwortlichen Leichtsinnes beschuldiget werden, wenn sie unheilbare, ruhige, bei entsprechender Verpflegung und Ueberwachung ganz harmlose Geistesgestörte aus der Anstalt unter den im Gesetze vorgeschriebenen Cautelen entlassen, wenn solche Personen dann ausserhalb der Anstalt unbeaufsichtigt und sich selbst überlassen gefährliche Handlungen begehen oder Schaden anstiften — [illegible] solche Vorkommnisse unbefangen und objectiv [illegible] wohl durch alle derartigen Enunciationen nicht [illegible] wenn er in sich die Ueberzeugung festhalten k[illegible] ciellen Falle nach seine[illegible] und [illegible]

nach den bestehenden gesetzlichen Vorschriften vorgegangen zu sein.

Der Fall der „Marie Kruger“ ist allerdings ein solcher, der auch dem psychiatrischen Specialisten anregenden Stoff zur Beleuchtung von seinem fachmännischen Standpunkt bietet und so hielt ich es auch für eine angemessene, ja ich nehme keinen Anstand es auszusprechen, für eine unabweisbar gebotene Aufgabe, nachdem nun die gegen Marie Kruger wieder aufgenommene Untersuchung ihren Abschluss gefunden hat und die Marie Kruger nach der vom k. k. Landesgerichte in Strafsachen neuerlich angeordneten gerichtsärztlichen Geistesuntersuchung als noch mit Blödsinn behaftet befunden wurde, wieder der städtischen Versorgungsanstalt übergeben worden ist — diesen Fall nach jenen Richtungen hin zu erörtern, die sich vom psychiatrischen und forensich-legalen Standpunkte als beachtenswerth ergeben.

Bei dieser Sachlage konnte es wohl nicht überraschen, dass dieser Fall auch von anderen Seiten in seinen verschiedenen Beziehungen in's Auge gefasst, besprochen und erörtert wurde und ist dies gewiss nur im Interesse der Sache gelegen, da ja nur durch die ruhige, objective, sachliche Erörterung eines solchen Falles die hierdurch etwa klar gelegten Missstände und Mängel in bestehenden Einrichtungen und Verhältnissen blossgelegt und auf deren Beseitigung und Verbesserung hingewirkt werden kann.

Von diesem Standpunkte aus erscheint es daher nur als sehr dankenswerth, dass sich z. B. der k. k. Sanitätsrath Dr. *Witlacil,* Bezirksarzt zu Herrnals, veranlasst fand, von seinem Standpunkte aus den Fall „Marie Kruger“ in der Wiener Medicinischen Wochenschrift zu besprechen; andererseits liegt es gewiss wieder nur im Interesse der Sache, dass, insoferne Ansichten vorgebracht werden, mit denen man nicht übereinstimmt, dieselben einer ruhigen, objectiven Besprechung unterzogen werden. Zur Klarstellung des Sachverhaltes schien es mir wohl am angemessensten, zunächst das Wesentlichste über die Person der Marie Kruger selbst, soweit Daten über dieselbe zur Verfügung stehen, vorauszuschicken.

Marie Kruger kam am 4. September 1879 auf Grund eines Gutachtens der k. k. Landesgerichtsärzte Dr. *Zippe* und Dr. *Ruben* aus dem k. k Landesgerichtsgebäude in die n. ö. Landes-Irrenanstalt zu Wien. Bei ihrer damaligen Aufnahme wurde ihr Nationale in nachstehender Weise angegeben: Marie Kruger, 36 J. alt, kath., ledig, Handarbeiterin, von Wien geb., dahin zuständig, als letzter Wohnort vor der Untersuchungshaft: Herrnals, Kirchengasse 23. Zuletzt im k. k. Landesgerichte in Strafsachen in Verhaft.

Das vorerwähnte gerichtsärztliche Aufnahms-Document führte die Ueberschrift: Befund und Gutachten über den Geisteszustand der des Verbrechens der öffentlichen Gewaltthätigkeit angeklagten Marie Kruger.

In diesem Befunde wird nun angeführt, dass die genannten beiden Gerichtsärzte die Marie Kruger, angeklagt des Verbrechens der öffentlichen Gewaltthätigkeit durch gefährliche Drohung, im Auftrage des k. k. Landesgerichtes nach Durchsicht der Acten und Voracten am 15. und 18. August 1879 bezüglich ihres Geisteszustandes im Beisein des Untersuchungsrichters untersuchten. Dieselbe habe bezüglich ihrer Familie, ihrer Personalien und ihres Vorlebens über Befragen Nachstehendes angegeben. Sie sei ein aussereheliches Kind. Ihren Vater, Seidenzeugfabrikanten, habe sie durch den Tod verloren, als sie 7 Jahre alt gewesen. Die Mutter 3 Jahre später. Nach dem Tode des Vaters habe sie mit ihrer Mutter bei deren Bruder gewohnt, nach deren Tode bei einem anderen Onkel, der ihr Vormund war; habe sich dort mit häuslichen Arbeiten beschäftigt, sei später zu einer Tante als Kindsmädchen gekommen und nach einigen Jahren von einer Frau übernommen worden, an deren Namen sie sich nicht erinnere; sei 3 Jahre bei derselben gewesen, habe als Arbeiterin in einer Seidenfabrik gearbeitet, habe ihren Verdienst dieser Frau gegeben, wogegen sie Kost und Wohnung bei ihr gehabt habe. Nach dem Tode ihres Vormundes habe sie ein Jahr ganz allein für sich gelebt. Was weiter mit ihr geschehen, womit sie sich fortgebracht etc., darüber verweigerte sie jede Auskunft, indem sie im gereizten Tone erwiderte: dies sei schon Alles aufgeschrieben. Bezüglich der Angabe ihrer Tante A., dass die Frau H. sie habe zu sich nehmen wollen, sagt sie, dass sie davon nichts wisse und heute zum 1. Mal davon höre. Sie giebt zu, in dem Hause derselben gut behandelt worden zu sein; befragt: warum sie dann diesen Platz plötzlich verliess, sagte sie: weil es mich dort nicht mehr gefreut hat. Sie will dann in verschiedenen Dienstplätzen gewesen sein; wo aber und wie lange, darüber könne sie keine Auskunft geben. Ihre Angaben sind, heisst es weiter im Gutachten, äusserst mangelhaft, namentlich bezüglich der Zeitfolge der verschiedenen Ereignisse in ihrem Leben, häufig widersprechend, was ihr aber ganz gleichgültig sei; sie gebe sich durchaus keine Mühe, ihre Widersprüche zu corrigiren oder aufzuklären, weiter habe sie angegeben, dass so lange ih
lesen und schreiben gelernt, dass er ihr Hauslehrer ge
aber alles verlernt habe. Sie bricht bei Erwähnung d

Thränen aus und bemerkte über Befragen hierüber: sie müsse weinen, wenn sie an alles denke, wie gut sie es haben könnte, wenn die Eltern leben würden; dieser Gedanke sei es, der sie immer und immer beschäftige und ihr keine Ruhe lasse; sie habe dieserhalb einen Hass und eine Rache auf die ganze Freundschaft, besonders auf die Tante A., denn diese habe sie um alles gebracht und sei an ihrem Unglück schuld; sie sei immer und überall betrogen worden; der Vormund sei ebenso gewesen, wie die Tante. Sie habe sich nicht zu helfen gewusst und habe gesagt: sie ersteche sie, wenn sie sie sehe. Die Tante habe ihr ihr Erbtheil von der Mutter vorenthalten; noch während die Mutter in den letzten Zügen gelegen, hätte sie verschiedene Einrichtungen fortgetragen und als ihr dieselbe später kein Geld geben wollte, habe sie so einen Zorn auf sie bekommen, dass sie gar nicht mehr gewusst habe, was sie that und gesagt habe. Wenn sie die Tante sehe, so müsse sie ihr etwas anthun, „etwas n'einhauen" was immer, eher habe sie keine Ruhe, bis die Tante nicht hin sei; dann thue sie sich auch etwas an. Noch wie die Mutter lebte, habe sie einen Hass und Rache auf die Tante gehabt; sie wisse schon warum; sie wolle es aber nicht sagen. Bei diesen Worten zeigten ihre Mienen und der Ton ihrer Stimme den Ausdruck der grössten Wuth und Verachtung; ja es geschehe dies, so oft auch nur der Name ihrer Tante genannt wurde. Sie läugnete durchaus nicht, die Absicht gehabt zu haben, ihre Tante mit dem Steine zu erschlagen und machte gar keinen Hehl daraus, diesen Versuch, sobald sie nur irgend in die Lage komme, zu wiederholen und betrachte dies gewissermaassen als die Aufgabe ihres Lebens; denn früher könne sie nicht zur Ruhe kommen. Angeblich sei sie niemals krank gewesen; auf die directe Frage: ob sie an Kopfschmerzen leide, giebt sie an, dass dies schon seit ihrer Jugend der Fall sei und zwar namentlich während der heissen Jahreszeit. Die Untersuchte mache den Eindruck einer im hohen Grade moralisch verkommenen, verlogenen Person; sie erscheine im gewissen Grade schwachsinnig und von einer geradezu krankhaften Reizbarkeit und Zornmüthigkeit. In ihren Aussagen sei sie verlogen, zurückhaltend, in in ihrem Benehmen störrig und frech.

Bei der 2. Untersuchung habe sie sich im noch höheren Grade reizbar verstimmt gezeigt, wollte gar keine Auskunft mehr geben und lehnte die Beantwortung mit den Worten ab: Fragen Sie mich heute nicht weiter um alles; ich habe ohnehin alles gesagt; ich weiss nichts mehr, ich sage gar nichts mehr, lassen Sie mich in Ruhe. Auf Zureden gelang es, einige spärliche, mit Widerstreben abgegebene Auskünfte zu erlangen. Die Kruger, heisst es weiter, wurde bekanntlich im J. 1872 wegen Kindesweglegung abgestraft. Von den Gerichtsärzten befragt, warum sie das Kind ihrer Dienstfrau weggelegt, erwiderte sie: sie sei nicht in dieser Absicht mit dem Kinde ausgegangen, aber auf dem Wege sei ihr in den Kopf gestiegen, wie elend sie jetzt daran sei und wie gut sie es haben könnte, wenn ihre Eltern leben würden, da sei sie so verzagt geworden, dass sie

das Kind unter das Hausthor legte, ihren Dienst verliess und zu einer Freundin flüchtete. Daran, dass sie einmal wegen Vergehens gegen die öffentliche Sittlichkeit abgestraft wurde, will und könne sie sich nicht erinnern. Wie weit überhaupt der Unsicherheit und Unwahrheit ihrer Angaben eine Absicht zu Grunde liege, wie weit dieselbe auf einer durch ihr unstetes, ungeregeltes, gedankenloses Dahinleben begreiflichen Vergessenheit beruhen, sei kaum zu ergründen; jedenfalls verrathe es mehr Gedankenlosigkeit als Absicht, wenn sie heute auf die gestellte Frage versichert, sie habe nie an Kopfschmerzen gelitten, während sie bei der 1. Untersuchung geäussert habe, sie leide von Kindheit daran.

Auch heute will sie einen Grund dafür, warum sie schon als Kind einen so heftigen Hass gegen ihre Tante gehabt, nicht angeben, schliesslich habe sie auf die Bemerkung, dass ein grundloser Hass ja ganz unvernünftig sei, bemerkt: Dieselbe habe sie häufig bei ihren Eltern verklagt und sie habe hinzugesetzt: Sie habe die Tante so gehasst, dass sie ihr ein Messer hätte nachwerfen mögen.

Bezüglich des Verbrechens, dessen sie nun angeklagt ist, habe sie sich wie vor dem Untersuchungsrichter verantwortet; sie zeigte nicht die mindeste Reue über ihre That, im Gegentheile, sie benützte jede Gelegenheit, um zu versichern, sie könne nicht anders, sie müsse ihre Tante, die die Ursache ihres Unglückes sei, erschlagen; eher habe sie keine Ruhe. Auf vieles Zureden und Vorhalten, wie wenig berechtigt ihr Hass gegen ihre Tante sei, machte sie die Concession, dieselbe nicht mehr aufzusuchen, ihr nicht mehr aufzulauern, aber sie setzte sogleich hinzu: Wenn ihr dieselbe in den Weg komme; dann müsse sie ihr etwas anthun. Für alle Versuche, ihr das Unvernünftige, Unberechtigte und Aussichtslose ihres Vorgehens gegen die Tante klar zu machen, zeigte sie eine vollständige Verständnisslosigkeit, sie sei nur von dem einen Gedanken, für das vermeintlich an ihr begangene Verbrechen, für den Raub ihres Lebensglückes, wie sie wähnt, Rache zu nehmen, beseelt und für jeden Vernunft- und Rechtsgrund vollständig taub und unzugänglich. Sie gesteht unumwunden, dass sie schon bei ihrer Entlassung aus Neudorf den Entschluss gefasst habe, die Tante zu erschlagen, dass nur die Quartiergeberin sie an der Ausführung gehindert und dass sie den erst vor einigen Tagen angetretenen Dienst verlassen musste, weil die Dienstgeberin von ihr verlangt habe, sie solle ihre Kleider bringen und sie keine habe, dass sie darüber so verzagt geworden sei, dass ihr nun ihr Unglück und die Urheberin desselben lebhaft vor Augen getreten und dass sie nun in dieser Stimmung an die Ausführung ihres Entschlusses gegangen sei. Wesentlich neue Momente für die Beurtheilung des Geisteszustandes der Angeklagten habe die 2. Untersuchung nicht zu Tage gefördert; dieselbe habe nur den bei der 1. Besprechung gewonnenen Eindruck verstärkt und präcisirt.

Die schliesslich vorgenommene Körperuntersuchung habe festgestellt, dass die Angeklagte ein in seiner körperlichen Entwickelung zurückgeblie-

benes, zart gebautes, schwächliches Individuum sei; namentlich seien ihre Hände von auffallender Kleinheit; eine eigentliche organische Erkrankung habe sich (mässige Vergrösserung der Schilddrüse ausgenommen) nicht nachweisen lassen.

Mit Rücksicht auf das Vorangeführte haben die Gerichtsärzte Dr. *Zippe* und Dr. *Ruben* folgendes Gutachten abgegeben:

Die Angeklagte ist ein in ihrer körperlichen Entwickelung zurückgebliebenes Individuum. Auch in ihrer geistigen Entwickelung müsse sie als zurückgeblieben bezeichnet werden, da sie in ihrer Erziehung im hohen Grade vernachlässigt worden sei. Sie sei ein moralisch verkommenes, gänzlich ungebildetes, rohes Geschöpf, boshaft und verlogen, im hohen Grade reizbar und zornmüthig. Schon in ihrer frühen Jugend seien diese Eigenschaften an ihr hervorgetreten, wie sich aus den Angaben ihrer Tante ergebe. In ihren Angaben bezüglich ihres Vorhabens sei sie so zurückhaltend, lügenhaft, schwankend und unsicher, dass dieselben wenig verwerthbar sind für den Zweck der Gerichtsärzte, so dass dieselben ausschliesslich auf die objectiven Thatsachen und ihre Beobachtungen angewiesen seien.

In ihrer frühen Kindheit, und so lange ihr Vater gelebt habe, in besseren Verhältnissen aufwachsend, erlitten mit dessem Tode ihre Lebensverhältnisse eine vollständige Umgestaltung. Ihre Mutter musste sich durch ihre Handarbeit fortbringen und bald nach deren Tode sei auch dies ihr Loos gewesen. Es scheine, dass sie diesen Schicksalswechsel niemals habe überwinden können, dass dieser Gegensatz zwischen dieser ihrer relativen Wohlhabenheit zu Lebzeiten ihres Vaters und mit ihrer späteren ärmlichen Lage einen tiefen, unlöschbaren Eindruck auf sie machte, den zu stärken später auch die Einbildungskraft mitgeholfen haben möge.

Nach dem Tode ihrer Mutter und ihres Vormundes (sie sei damals noch sehr jung gewesen) habe sie jeden sittlichen Halt verloren, war sich ganz selbst überlassen und habe sich einem unthätigen, liederlichen Lebenswandel ergeben. Sie sei dadurch mit den Behörden in Conflict gekommen, in Noth gerathen, habe den Gegensatz ihrer jetzigen Lage mit der Existenz im väterlichen Hause um so bitterer empfunden und es habe sich in ihr nach und nach offenbar die Vorstellung festgesetzt, dass sie eigentlich Anspruch auf ein besseres, bequemeres, sorgenloseres Leben habe. Anstatt sich mit ihrer, grösstentheils selbstverschuldeten Lage abzufinden und mit allen Thatsachen zu rechnen, suche sie in Folge ihrer Bildungslosigkeit, ihrer angeborenen Bosheit und Reizbarkeit den Grund dafür in äusseren Umständen, und so tauche in ihr die Vorstellung auf, dass sie selbst ganz schuldlos, widerrechtlich um ihr Erbtheil und Vermögen gebracht worden sei, dass andere an ihrem Unglück schuld seien, sie sehe nun in ihren Verwandten, die von ihrem Lebenswandel nicht sonderlich erbaut, sich wahrscheinlich von ihr abgewendet, ihre Feinde und namentlich in ihrer Tante diejenige, welche ihr Lebensglück vernichtet habe. Diese Vorstellung habe

mit der Zeit, namentlich nachdem noch äussere Umstände hinzugetreten waren, die ihr ohnehin reizbares, boshaftes Wesen nur noch zu steigern geeignet erschienen, als sie nämlich in Noth gekommen, von der Tante Geld verlangte und abgewiesen wurde, geradezu die elementare Gewalt einer Wahnvorstellung über sie gewonnen; denn nun sei sie durch keinerlei vernünftige Einwendung, durch keinen Versuch, ihr das Sinnlose und Unberechtigte ihrer Vorstellung klar zu machen, davon abzubringen gewesen und sie habe nun den Entschluss gefasst, wenn sie schon nicht zu ihrem vermeintlichen Eigenthum kommen könne, wenigstens bezüglich des nach ihrer Idee an ihr begangenen Unrechts Rache zu nehmen. Von nun an habe sie diese Vorstellung nie mehr verlassen und zeitweise trete dieselbe, vielleicht in Folge äusserer Umstände mit solcher Macht auf, dass sie vollständig unter dem Einfluss derselben stehe und handle. In solchen Augenblicken werde sie im wahren Sinne des Wortes unzurechnungsfähig, so sei sie z. B. und dies sei wiederholt der Fall gewesen, aus ihrem Dienste, wo man sie gut behandelt hat, weggelaufen, ging soweit, das Kind ihrer Dienstgeberin unter das nächste Hausthor zu legen und fortzugehen; sie habe gegen ihr eigenes Interesse gehandelt, indem sie sich den guten Absichten ihrer Dienstgeberin H. entzog. Sie sei einzig und allein beschäftigt gewesen mit dem Gedanken an ihr von anderen verursachtes Unglück und beseelt von dem Begehren, dafür Rache zu nehmen; sie dachte dabei gewiss nicht, dass sie Etwas Strafbares begehe, sie könne sich davon nicht mehr losmachen, sie finde keine Ruhe mehr, ihr ganzes Denken werde von dieser einen Vorstellung verzehrt. Es unterliege keinem Zweifel, dass ihre Bildungslosigkeit, ihre boshafte, rohe Gemüthsart sie bei der Ausführung ihres Rachegedankens wesentlich unterstützte; aber das eigentliche Movens sei doch immer eine krankhafte, eine Wahnvorstellung. Wiederholte Abstrafungen seien nicht im Stande gewesen, dieses Wahngebilde zu zerreissen und aus ihren Worten gehe nur zu klar hervor, dass sie ihre wieder erlangte Freiheit nur dazu benutzen würde, ihre Rachepläne auszuführen.

In diesem Sinne müssten die Gerichtsärzte das Verhältniss der Angeklagten zu den von ihr begangenen Thaten, zu dem nun schon 3 mal in derselben Weise versuchten Attentat auf ihre Tante auffassen und demzufolge ihr Gutachten dahin abgeben, dass Marie Kruger sich zur Zeit des von ihr begangenen Verbrechens der öffentlichen Gewaltthätigkeit in einem krankhaften Geistes- und Gemüthszustande befand, dass die That selbst der Ausfluss einer Wahnvorstellung war, dass dieselbe auch gegenwärtig noch unter dem Einfluss dieser Wahnvorstellung stehe und dass sich die Untersuchte wegen ihrer Gemeingefährlichkeit zur Aufnahme in eine Irrenanstalt eigne.

Wien am 29. August 1879. Dr. *Zippe* m. p. Dr. *Ruben* m. p.

Collationirt und dem Originale gleichlautend befunden k. k. Landesgericht in Strafsachen.

Wien am 1. September 1879. *Leimegger* m. p.



Aus der Betreff Marie Kruger in der Irrenanstalt geführten Krankheitsgeschichte führe ich Nachstehendes an:

Marie Kruger wurde am 4. September 1879 Vormittags von einem Polizeiamtsdiener in die Anstalt gebracht, auf die Abtheilung 17 der Frauenabtheilung aufgenommen, woselbst in der Regel die neuaufgenommenen weiblichen Pfleglinge, die keiner Isolirung bedürfen, untergebracht werden; sie war bei ihrer Ankunft sehr verstimmt, weinte heftig, sagte, sie leide schon seit 1 Jahr fortwährend an Kopfschmerz, es sei ihr niemals gut gegangen, sie habe nie ein Fleisch gegessen, sie äusserte Angst, sie wisse nicht, was mit ihr geschehe; der Schlaf war gestört; schon am nächsten Tage war sie ruhiger, beschäftigte sich mit Strickerei; sie verhielt sich anhaltend ruhig und fleissig und wurde am 18. September 1879 auf die Abtheilung für ruhige Pfleglinge übersetzt; sie beschäftigte sich bei den häuslichen Arbeiten, zeigte kein auffälliges Benehmen und gab am 26. September 1879 über ihr Verhältniss eingehender befragt, Nachstehendes an: Ich heisse Marie Kruger, bin 36 Jahre alt, am Schottenfeld geboren; mein Vater J. G. war Seidenfabrikant, starb am Sand und Stein, als ich 7 Jahre alt war, meine Mutter Cäcilie starb an einer Brustkrankheit; wann weiss ich nicht, damals war ich 11 Jahre alt; befragt, ob sie mit Rücksicht auf ihr damaliges Alter den Zeitpunkt des Todes ihrer Mutter nicht ausrechnen könne, sagte sie: Nein ich kann nicht rechnen. Ich bin ein uneheliches Kind; mein Vater lebte getrennt von seiner Frau; ich habe eine Schwester und einen Stiefbruder. Ich blieb im Hause des Vaters bis zu dessen Tode, mit 7 Jahren kam ich zur Schwester meiner Mutter durch $^1/_2$ Jahr. Als meine Mutter eine eigene Wohnung fand, blieb ich 5—6 Jahre bei ihr, ging mit ihr in eine Seidenfabrik in die Arbeit. Nach ihrem Tode kam ich zum Bruder meiner Mutter, der mein Vormund war; blieb dort durch 4 Jahre; verdiente mir den Unterhalt durch Handarbeit und brachte mich nach dessen 1866 erfolgtem Tode durch Handarbeit fort. Vor 4 Jahren ging ich in den Dienst, hielt es aber nicht lange aus, weil mir das Holz- und Wassertragen zu schwer war, verliess nach 1 Jahr den Dienst, wohnte wieder als Bettgeherin und zwar in Herrnals, Kirchengasse 23. Die Schule habe ich nie besucht, ich kann weder lesen, noch schreiben, noch rechnen. Bezüglich ihrer überstandenen Erkrankung befragt, gab sie an: Als Kind von 4 Jahren hatte ich die Rippenfellentzündung, ich war immer kränklich, hatte einen „aufgebrochenen Kopf", litt öfter am Husten. Mit 23 Jahren überstand ich den Typhus, lag 21 Wochen lang im allgemeinen Krankenhause. Seit 3 Jahren leide ich stark an Kopfschmerzen, besonders an heissen Tagen im Sommer. Die Periode bekam ich erst mit 21 Jahren; ich musste zuvor Tropfen nehmen; die Periode war stets regelmässig, doch zuweilen mit Krämpfen verbunden. Um den Grund ihrer Verhaftung im Landesgerichte befragt, sagte sie: wegen meiner Tante Marie H. Ich habe geglaubt, dass die Tante die Sachen von meiner Mutter hat und dass sie mir diese Sachen vorenthalten will; ich war deshalb über sie aufgebracht

und wollte sie erschlagen. Ich war 2 mal bei ihr in ihrer Wohnung; nahm jedesmal einen Stein mit mir; den ich im Sack trug und drohte ihr, sie damit zu erschlagen, wenn sie mir die Sachen von meiner Mutter nicht herausgebe. Das erstemal war dies 1874. Die Tante liess mich in's Landesgericht abführen, wo ich mit 6 Monate Arrest bestraft wurde. Heuer im Juli wiederholte ich dasselbe. Der Hausmeister führte mich auf's Polizeilocal Neubau, von dort kam ich in's Landesgericht und stand 5 Wochen in Untersuchung, worauf man mich hierher brachte. Befragt: ob sie wisse, wo sie sich jetzt befinde, sagt sie: das ist eine Heilanstalt für Irrsinnige. Sie wisse nicht, warum sie hierher gebracht wurde, da sie nicht krank sei. Sie sehe vollkommen ein, dass sie der Tante Unrecht gethan habe, dass sie von ihr nichts zu fordern habe, ihr Wunsch sei, von hier möglichst bald fortzukommen, sie möchte auf's Land in den Dienst gehen, um mit der Tante nicht mehr zusammen zu kommen.

Damals wurde nachstehender Status praesens constatirt: der Körper mittelgross, mässig genährt, der Kopf länglich rund, die Haare dunkelblond, die Gesichtshaut zahlreiche Chloasmenflecken zeigend. Die Iris braun, die Pupillen gleich weit, gut reagirend. Die Schilddrüse stark vergrössert; die Brustdrüsen ziemlich stark entwickelt; die Percussion und Auscultation ergiebt nichts Abnormes. Der Puls 84. Die Hände klein. Sensorielle, motorisch-sensitive Störungen sind nicht vorhanden, ebenso ist in Gang, Haltung, Geberden und Sprache nichts Auffälliges zu erkennen, Schlaf und Appetit zeigten sich befriedigend, die körperlichen Functionen normal.

In psychischer Beziehung zeigte Patientin eine merkliche Abschwächung. Ihr Erinnerungsvermögen zeigt sich wohl gut erhalten; doch ist ihre Auffassungs- und Urtheilsfähigkeit eine abgeschwächte, nebstbei besteht ein gewisser Grad von Reizbarkeit; dem gerichtsärztlichen Parere zufolge angeblich auch Bosheit und ein illusorisches Auffassen der Dinge, dass sich zu der Wahnvorstellung entwickelte, dass ihre Verwandten die Vernichter ihres Lebensglückes seien.

Bei der am 30. October 1879 stattgefundenen landesgerichtlichen Untersuchung ihres Geisteszustandes, die zu dem Zwecke der etwaigen Curatelsverhängung vorgenommen wurde, erkannte sie den einen der Gerichtsärzte von der früheren Untersuchung im Strafgerichte. Sie wurde auf Grund ihrer bei dieser commissionellen Untersuchung bethätigten Verhaltens und dabei vorgebrachten Aeusserungen von den Gerichtsärzten als mit Blödsinn behaftet erklärt.

Betreff ihres weiteren Verhaltens in der Anstalt findet sich in der Krankheitsgeschichte und in den Abtheilungsrapportbüchern Nachstehendes verzeichnet:

Am 1. December 1879. Patientin ist anhaltend ruhig und arbeitsam.

Am 4. Januar 1880. Patientin wurde heute dem Oberwärter M. zur Aushilfsdienstleistung zu Verrichtung der Dienstmädchenarbeit zugewiesen, gegen monatliche Entlohnung von 2 Fl.

Am 1. März 1880. Nach Aussage des Oberwärters erweist sich dieselbe als sehr brauchbar.

Am 13. März 1880. Die Pat. erhielt heute die Erlaubniss, in Begleitung einer Wärterin zu ihrer früheren Quartierfrau gehen zu dürfen, um ihre verschiedenen Effecten zu reclamiren und wurde Patientin bei dieser Gelegenheit von ihrer früheren Quartierfrau gröblich insultirt, geschlagen und mit dem Messer bedroht. Es wurde Seitens der Anstaltsdirection die behördliche Anzeige erstattet, und wurde Marie Kruger am 31. März 1880 hierüber bei Gericht vernommen.

Ueber das weitere Verhalten ist den Aufzeichnungen zu entnehmen, dass die Pat. fortgesetzt sehr fleissig gearbeitet hat, sich ganz ruhig und anständig benahm und dass selbe am 6. October 1880 als ruhige, geistesschwache Kranke in die städtische Versorgungsanstalt übersetzt wurde. Ueber das weitere Verhalten erfuhr man aus den öffentlichen Blättern, dass dieselbe am 21. April 1881 von der Frau Betti Ravner, Gattin eines Sicherheitswach-Inspectors zur Beaufsichtigung ihres 14 Monate alten Kindes, Daniel, aufgenommen wurde und am 22. April 1881 Nachmittags von dieser ihrer Dienstfrau mit dem Kinde in den Hof des Hauses geschickt wurde, dass sie diesem Auftrage Folge geleistet, aber im Hofe nur etwa eine Viertelstunde geblieben sei und sich dann mit dem Kinde entfernt habe. Sie habe den Weg nach Mariahilf genommen, habe das Kind zwischen 5—6 Uhr Abends unter dem Thore eines Hauses in der Kaiserstrasse, gegenüber der Lazzaristenkirche auf einen Stein neben die Wand gesetzt; vorher habe sie dem Kinde ein Sacktuch zusammengeballt in den Mund gesteckt und ein Kopftuch fest um den Hals geschlungen, so dass derselbe zusammengeschnürt wurde. Sie habe das Kind dann verlassen. Um 6 Uhr Abends wurde das Kind von der Hausbesorgerin entdeckt und aus seiner qualvollen Lage befreit. Am Halse des Knäbchens haben sich röthliche und bläuliche Streifen gezeigt; es war bewusstlos und schlug erst später wieder die Augen auf. Um 7 Uhr sei die Kruger bei der Polizei erschienen, habe dort angegeben, dass sie ohne Unterstand sei und ein Kind weggelegt habe. Seltsamer Weise habe sie aber einen falschen Thatort angegeben, so dass man das Kind nicht fand. Um 8 Uhr Abends wurde der Polizei telegraphisch die Mittheilung gemacht, dass ein Kind gedrosselt aufgefunden wurde und erst um 2½ Uhr Nachts konnte die geängstigte Mutter, die inzwischen bei einem anderen Polizei-Amte die Anzeige gemacht haben mochte, von der Auffindung ihres Kleinen verständigt werden, Marie Kruger wurde dem k. k. Landesgerichte in Strafsachen zu Wien übergeben; beim Gericht erklärte sich dieselbe über Befragen für schuldig. Bei der am 13. Juni 1881 stattgefundenen Schlussverhandlung erzählte sie, sie habe der Vermittlerin, durch welche sie bei Frau Ravner aufgenommen wurde, sofort gesagt: „Ich mag die Kinder nicht“, dann aber habe sie es sich überlegt und erklärt: „Ich werd's probiren“; denn sie habe geglaubt, sie werde „ihre Leidenschaft beherrschen können“. Aber das Kind sei so boshaft gewesen, habe geschrieen und

darum habe sie es gethan. Schon in der Untersuchung habe übrigens die Angeklagte erklärt, sie habe gewollt, dass das Kind sterbe. Sie wiederholte dies auch bei der Gerichtsverhandlung. Ueber die Ursache ihres Grolles gegen Kinder gab sie an, das sie in ihrer Jugend so schlecht behandelt werden sei. Marie Kruger verrieth bei allen diesen Angaben eine geringe geistige Entwickelung. Mit ihrem schmalen Gesichtchen, ihrem fast verwachsenen Körper, der von dürftiger Kleidung umhüllt war, und ihrer unklaren Darstellung erscheine sie als eine in jeder Hinsicht auf niedriger Stufe stehende Person von bösen Instincten. Einer besonderen Erörterung sei selbstverständlich der Grund ihrer That unterzogen worden, sie habe zuerst erklärt, sie habe es gethan, weil das Kind — ein 14 Monate altes Knäbchen — zu boshaft gewesen; später habe sie auf Befragen ihres Vertheidigers geantwortet, es sei aus Jähzorn geschehen, sie habe aber doch nicht anzugeben gewusst, warum sie jähzornig gewesen. „Die That ist so unnatürlich", bemerkte ein votirendes Mitglied des Gerichtshofes, „dass Sie eben keinen Grund dafür finden. Eine verkommene Person sind Sie". Es wurde ferner constatirt, dass die Angeklagte, als sie im J. 1873 das Kind ihrer damaligen Herrin Appolonia Augustina weglegte, in ganz gleicher Weise schon am nächsten Tage ihres Dienstantrittes diese Handlung verübte.

Aus der Polizeinote geht hervor, dass die Angeklagte dreimal wegen gefährlicher Drohung und Excesse, einmal wegen Kindesweglegung verurtheilt wurde. Die Strafanstalt Neudorf theile mit, dass Marie Kruger während ihres Aufenthaltes dortselbst oft im erregten Zustande excedirt und sich dadurch strenge Strafe zugezogen, dann aber sich wieder correct benommen habe. Nachdem noch die Sachverständigen vernommen worden waren, die erklärten, dass das Kind dem Erstickungstode nahe war und zwei Zeugen unwesentliche Aussagen abgelegt hatten, seien, wie es im Zeitungsbericht heisst, heissblütige Plaidoyers gefolgt zwischen dem Staatsanwalt und dem Vertheidiger, welch' letzterer auf Freisprechung wegen Sinnesverwirrung und unwiderstehlichen Zwanges plaidirte. Darauf habe die Jury die Schuldfrage einstimmig bejahend beantwortet und der Gerichtshof die Angeklagte zu acht Jahren schweren Kerkers mit einem Fasttage im Monate verurtheilt.

Diesem in dem Abendblatte der Neuen freien Presse vom 13. Juni 1881 No. 6031 enthaltenen Originalberichte über diese Verhandlung hat der Berichterstatter nachstehende Einbegleitungsworte vorausgeschickt: „Die 37jährige Marie Kruger, die heute vor Gericht erscheint, ist eine schmächtige, schlecht gewachsene Person, mit kleinem, unbedeutendem Gesicht, so stiefmütterlich ihr Aeusseres durch die Natur gestaltet ist, noch abnormer ist ihr seelischer Charakter. Ihr fehlt jene Seite, die sonst insbesondere in dem weiblichen Herzen, auch in dem sündigsten hell anklingt — die Liebe für Kinder und sie ist ersetzt durch einen räthselhaften, tödtlichen Hass



gegen zarte, jugendliche Wesen.“ In dem Morgenblatte der Neuen freien Presse vom 14. Juni 1881 No. 6033 gab vorerwähnter Berichterstatter über diese Gerichtsverhandlung noch einen Ergänzungsbericht, dem Nachstehendes entnommen wird mit den Einbegleitungsworten: Wir tragen zu dem im Abendblatte mitgetheilten Berichte über diesen Fall noch die Plaidoyers nach, in welchem die unheimliche Handlungsweise der Angeklagten von verschiedenen Standpunkten beleuchtet wurde.

Der Staatsanwalt fasste in seinem Schlussantrage den Fall zusammen, bezeichnete als das Motiv der That, die Bosheit der Angeklagten, die sie schon einmal ein Attentat ähnlicher Art ausführen liess und führte den Nachweis, dass ihr Vorgehen geeignet war, den Tod des Kindes herbeizuführen, wenn nicht die rasche Auffindung dasselbe gerettet hätte.

Der Vertheidiger bestritt in seinen Ausführungen, die oft durch Heftigkeit den Rahmen des Plaidoyers durchbrachen und zu Irrthümern führten, aber doch manches interessante Wort enthielten, die Zurechnungsfähigkeit seiner Clientin. Er stellte sich auf den Standpunkt, dass, wenn für eine wiederholt verübte Handlung ein plausibles Motiv nicht vorgefunden werden könne, ja ein solches Motiv überhaupt nicht existire, die Thäterin in gestörter Verstandesthätigkeit vorgegangen sei; der Redner citirt aus dem Pitaval einige Sätze, mit welchen der Staatsanwalt im Processe Simmére selbst die Wichtigkeit des Motives hervorgehoben habe. Ein solches Motiv liege in der heutigen Affaire nicht vor und die Angeklagte habe hier nur unter einem unwiderstehlichen Triebe gehandelt. Sie habe erklärt, dass sie eine unbezwingliche Abneigung gegen Kinder habe; dass sie zu einer solch' seltsamen krankhaften Empfindung gelangt sei; dies sei durch ihre Vergangenheit gerechtfertigt. Marie Kruger, ein uneheliches Kind, sei ohne Mutter, ohne Mutterliebe herangewachsen. Dies allein erkläre schon alles. Im 10. Lebensjahre sei sie schon Kindeswärterin gewesen. Wie oft möge sie da gebüsst haben, was das Kind verschuldete. Wenn das Kind, das ihr anvertraut war, die Schranken durchbrach, wurde es ihr zur Last gelegt und sie musste es büssen.

Der Präsident der Gerichtsverhandlung (scharf): Ich muss den Hrn. Vertheidiger ersuchen, sich an die Ergebnisse der Verhandlung zu halten. Von diesen Dingen ist in der Verhandlung nichts vorgekommen.

Der Vertheidiger erhebt eine Einwendung, worüber

der Präsident erwidert: Ich kann meine Worte nicht kritisiren lassen, ich ersuche nochmals, sich an die Ergebnisse der Verhandlung zu halten.

Der Vertheidiger (nach einer Pause): Ja, was darf ich nicht sagen?

Der Präsident: Es ist in der Verhandlung nichts darüber vorgekommen, welche Erfahrungen die Angeklagte als Kindsmädchen gemacht hat.

Der Vertheidiger fuhr nun fort, von der Vergangenheit seiner Clientin zu sprechen, dass sie in der Zwangarbeitsanstalt, dass sie im Spitale gewesen.

Der **Präsident**: Auch davon ist nichts vorgekommen, dass die Angeklagte im Spitale gewesen.

Der **Vertheidiger**: Ich glaube, dass die Angeklagte dies selbst auf meine Frage gesagt hat.

Der **Präsident**: Das ist nicht richtig.

Der **Vertheidiger** (fortfahrend): Die Angeklagte hat schon einmal eine gleiche Handlung verübt. Ich will nicht über den Vorfall bei Frau Appolonia Augustina sprechen, weil dies nicht in der Verhandlung vorgekommen.

Der **Präsident**: Gerade das ist in der Verhandlung vorgekommen.

Der Vertheidiger legte nun dar, dass diese unerklärliche That, in welcher Marie Kruger zweimal sogleich am Tage nach ihrem Dienstantritte das ihr anvertraute Kind weglegte, ohne dass ein Grund vorlag, ohne dass Noth, Rache oder irgend ein anderes Motiv sie leiten konnte, auf passive Sinnesthätigkeit eines unglücklichen Geschöpfes hindeute. Wäre es nur die Freude am Bösen gewesen, dann hätte man sich fragen müssen, warum sie nicht in anderer Weise Böses gethan habe, warum gerade die beiden Male, da sie Gelegenheit dazu hatte an Kindern. Der Redner legte ein Gewicht darauf, dass die Angeklagte niemals einen Diebstahl verübt habe. Man könne nur zu der Annahme kommen, dass sie unter einem unwiderstehlichen Drange gehandelt habe, von dem der § 2 des Strafgesetzes spreche. Verloren sei die Angeklagte für ihr ganzes Leben, auch wenn seine Auffassung als die richtige anerkannt würde. Noch erinnerte der Vertheidiger, nachdem er die Aussprüche hervorragender Psychiater erwähnt hat, daran, dass zu *Humboldt* einst sein Dienstmädchen kam, um ihn anzuflehen, er möge sie entlassen, weil es jeden Tag, wenn sie das Kind wasche, in ihr koche und sie antreibe, dem Kinde etwas anzuthun. Die Geschwornen möchten deshalb nicht nur die Abscheulichkeit der That betrachten, sondern auch die Zurechnungsfähigkeit der Thäterin in Erwägung ziehen.

Der Staatsanwalt erklärte nach einigen anerkennenden Worten über den Eifer, mit welchem der Vertheidiger seiner Aufgabe sich unterzogen, dass dessen Ausführungen der Stichhaltigkeit entbehren. Die Worte, welche der Vertheidiger aus seinem, des Staatsanwaltes Plaidoyer, bei einem früheren Anlass gesprochen, seien in keiner Weise auf den heutigen Fall anzuwenden. Er sei in der glücklichen Lage, noch nie etwas gesprochen zu haben, was ein Vertheidiger für sich anzuführen in der Lage wäre. Das Motiv sei noch nicht das Entscheidende. Die Frage könne nur die sein, ob der Thäter über den Zweck klar war und denselben bewusst mit zweckdienlichen Mitteln verfolgte. Die Bosheit sei auch an sich Motiv. Der Vertheidiger habe davon gesprochen, dass seine Clientin ohne Mutter b[illegible]
Erzählung sei sehr poëtisch gewesen: es widerspreche den[illegible]
Umstand, dass Marie Kruger sich bis zu ihrem 10. Jah[illegible]
ihrer leiblichen Mutter befand. Die Ausführungen des V[illegible]
die Unzurechnungsfähigkeit der Angeklagten seien ein[illegible]

Jury, was er ohne alle Nebenbedeutung ausgesprochen haben wolle. Er hätte, um nicht ungesetzlich vorzugehen, den Antrag auf eine Frage in dieser Richtung stellen müssen, statt plötzlich im Plaidoyer mit dieser Behauptung zu überraschen. Auch hätte er den Geschwornen Gelegenheit geben müssen, das Urtheil der Sachverständigen darüber einzuholen. Die Sphäre der Willensfreiheit sei ein Thema, von dem der Vertheidiger, er (der Staatsanwalt) und die Geschwornen alle mit einander nicht viel verstehen. Unter dem unwiderstehlichen Zwange sei im Strafgesetz nicht der psychische, sondern der physische Zwang verstanden. Die Angeklagte sei unter keinem unwiderstehlichen Zwange gestanden, sonst hätte sie jeden Tag ein Kind umbringen müssen.

Der Vertheidiger erwiderte: die Stellung des Vertheidigers sei eine andere als die des Staatsanwalts und es sei ihm deshalb unmöglich, dessen persönliche Angriffe, so wie er sollte, zurückzuweisen. Er könnte nicht sagen: der Staatsanwalt habe die Jury irregeführt; denn als Vertheidiger stehe er unter der Disciplinargewalt des Präsidenten; er nicht. (Leidenschaftlich) Falsches bringt ein ehrenwerther Vertheidiger nicht vor, er sei nicht gesetzwidrig vorgegangen; denn keine Bestimmung des Gesetzes zwinge den Vertheidiger, eine Frage zu stellen.

Der Vertheidiger erörtert nun, dass auch ein Laie unter Umständen beurtheilen könne, ob eine Handlung unvernünftig sei oder nicht; Motiv und Zweck fielen in dieser Beziehung zusammen und seien dasselbe. Wenn die Angeklagte in die Lage gekommen wäre, mit einem Kinde wiederholt spazieren zu gehen und dann erst später einmal feindlich gegen dasselbe gehandelt hätte, dann könnte man sagen, dass sie nicht unter einem unwiderstehlichen Zwange gehandelt habe; weil sie aber jedesmal, wenn sie Gelegenheit dazu hatte, gleich bei ihrem ersten Spaziergange so handelte und ohne allen Grund, darum müsse man von einem unwiderstehlichen Triebe sprechen. Wenn die allgemeine Lust, Böses zu thun, das Motiv wäre, dann würde sie spazieren gehen und Fenster einschlagen, und er weise nochmals darauf hin: sie habe noch niemals gestohlen. Endlich führt der Vertheidiger noch eine Entscheidung des Cassationshofes und einen Ausspruch *Herbst*'s dafür an, dass unter „unwiderstehlichem Zwange“ nach dem Gesetze psychischer Zwang verstanden werden könne, ja es sei sogar ein psychischer, nicht physicher Zwang damit gemeint.

Der Präsident bemerkte in seinem Resumé, dass allerdings der Vertheidiger nicht verpflichtet sei, die Stellung einer Frage zu beantragen, dass es aber in diesem Falle Sache des Vertheidigers gewesen wäre, die Vorladung der Sachverständigen zu beantragen.

In dem Morgenblatte der Neuen freien Presse vom 15. Juni 1881 erschienen unter der Rubrik: „Aus dem Gerichtssaale“ nachstehende Bemerkungen:

Wir haben zu dem Processe der Marie Kruger, über welche gestern wegen versuchten Mordes acht Jahre schweren Kerkers verhängt wurden,

eine Meldung zu machen, die nicht nur inhaltsschwer für die Verurtheilte ist, sondern zugleich einen Fingerzeig für die Justiz bildet, wie vorsichtig und aufmerksam psychologische Zweifel zu beachten sind. Wie die Leser wissen, vertrat der Vertheidiger in diesem Processe die Anschauung, dass Marie Kruger eine Unzurechnungsfähige sei, die für ihre Handlungen nicht verantwortlich gemacht werden könne. Der Vertheidiger, der vielleicht darin fehlte, dass er nicht die Vernehmung der Sachverständigen beantragte, vertrat seine Ansicht, von einzelnen Extravaganzen des Ausdruckes abgesehen, mit Geschick und Wärme und wurde vom Staatsanwalt mit aller Wärme bekämpft. Er blieb mit seinen Skrupeln allein und es erfolgte die Verurtheilung der Angeklagten.

Dennoch war es eine Blödsinnige, eine unheilbar Geisteskranke, über welche das Urtheil ausgesprochen worden.

Marie Kruger wurde bereits im J. 1879 von 2 Gerichtsärzten des Landesgerichtes in Strafsachen als unzurechnungsfähig erklärt, sie wurde hierauf der Irrenanstalt überwiesen und von dieser dem Versorgungshause „zum blauen Herrgott“ als geistessiech übermittelt. Einen Monat vor der That, welche Gegenstand der gestrigen Verhandlung war, wurde sie vom Versorgungshause einer Frau gegen Revers in Obhut übergeben, die jedoch die übernommenen Pflichten schlecht erfüllt zu haben scheint. Was den Fall aber besonders bemerkenswerth mache, sei der Anlass, aus welchem Marie Kruger vor zwei Jahren und zwar am 4. September 1879 von den Gerichtsärzten untersucht und als unzurechnungsfähig befunden wurde. In der gestrigen Verhandlung wurde zur Kenntniss gebracht, dass Marie Kruger schon einmal, nämlich im Jahre 1872 als Dienstmädchen ein Kind ihrer Herrschaft weggelegt hatte; diese Constatirung erschöpfe jedoch nicht den ganzen Sachverhalt. Das Mädchen machte noch einmal vor dem letzten Vorfalle im J. 1879 einen gleichen Versuch gegen die Sicherheit des Lebens eines Kindes; sie wurde verhaftet und in Untersuchung gezogen und hierbei war es, dass zwei Gerichtsärzte ihre Unzurechnungsfähigkeit darlegten. Ihre Einlieferung an die Landes-Irrenanstalt erfolgte am 16. October 1879. Am 7. October 1880 kam sie von da wegen Geistessiechheit, für welche keine Heilung zu erwarten sei, in das Versorgungshaus „zum blauen Herrgott“; dort ist in dem Register „Marie Kruger“, Handarbeiterin, 1843 geb., nach Wien zuständig, uneheliches Kind, als mit Blödsinn behaftet eingeschrieben. Zum Curator der Schwachsinnigen wurde vom Bezirksgerichte Herrnals, Carl Mader, Friseur, Ottakringerstrasse 62 ernannt. Am 2. December desselben Jahres machte sie ohne bekannten Grund einen Selbstmordversuch, indem sie während eines Spazierganges am Schottenfeld Laugenessenz nahm, wurde aber durch rasche Verabreichun von Gegenmitteln gerettet.

Am 16. März 1881 wurde sie der Wäscherin Fr-- M--i- Thomay Alserstrasse 16, gegen Revers übergeben. Sechs Wo[illegible]
das neuerliche Attentat.

Diese Thatsachen waren, wie die Verhandlung gezeigt hat, dem Landesgerichte unbekannt. Neuerlich erhellt aber aus diesem Falle, dass es nicht angeht, aus dem Umstande allein, dass ein Thäter sein Ziel bewusst und mit zweckdienlichen Mitteln verfolgte, auf die Zurechnungsfähigkeit derselben zu schliessen. Wir erfahren auch, dass ein hiesiger, vorragender Irrenarzt bei der Lecture des Berichtes über die Verhandlung sogleich ausrief: „Diese Person ist eine Geisteskranke". Die Folge der Verlautbarung dieses Sachverhaltes wird zweifellos die sein, dass das gestrige Urtheil des Schwurgerichtes für null und nichtig erklärt wird. Die Richtigkeit dieser unserer Mittheilungen kann vom Landesgerichte in Strafsachen durch den einfachen Einblick in die Actenfascikel im September 1879 und eine Anfrage an die Landes-Irrenanstalt festgestellt werden und die gerichtliche Behörde wird dann sicherlich nicht säumen, auf dem gesetzlichen Wege die Cassirung des Spruches gegen Marie Kruger herbeizuführen. Diese Mittheilungen der Neuen freien Presse, welche diesen Sachverhalt den Behörden und dem grossen Publikum zur Kenntniss brachten und in die verschiedenen anderen Tagesblätter übergingen, gaben ungesäumt Anlass, einerseits zu bezughabenden Erhebungen Seitens der competenten Behörden, andererseits zu mannigfachen kritischen Bemerkungen über diesen Fall, wie ich dies schon früher angedeutet habe.

Es kann hier wohl nur die Aufgabe sein, jene Emanationen in Betreff dieses Falles in's Auge zu fassen, die denselben vom wissenschaftlichen Standpunkte einerseits in psychiatrisch-forensischer Hinsicht, andererseits im Hinblick auf den derzeitigen Stand der Irrengesetzgebung in Oesterreich erörterten.

In diesen vorgenannten Richtungen erscheint der Fall „Marie Kruger" wohl gewiss als besonders beachtenswerth und ist es gewiss gerechtfertigt, diesen Fall eingehender zu besprechen. Wie schon erwähnt, hat S.-Rath Dr. *Witlacil*, k. k. Bezirksarzt, über diesen Fall einen Vortrag gehalten in der Section Herrnals des Vereins der Aerzte in Niederösterreich und diesen Vortrag in No. 29 u. 30 der Wiener medicinischen Wochenschrift v. Jahre 1881 veröffentlicht.

Nach einer kurz zusammengefassten Darstellung des Sachverhaltes besprach Dr. *W.* zunächst den Fall vom Standpunkte der gerichtlichen Psychologie, betonend, dass dieser Fall zu ernsten Betrachtungen auffordere, da es leicht hätte geschehen können, dass die Thatsache der Blödsinnigkeitserklärung der Verurtheilten unbekannt blieb und sie ihre Kerkerstrafe in jener Anstalt zu Neudorf hätte abbüssen müssen, deren Pflegerinnen schon einmal kein Verständniss für ihren Geisteszustand gehabt hätten und wie mancher andere ähnliche Fall schon vorgekommen sein möge, da ja die Kruger selbst, deren Blödsinn schwerlich erst vom J. 1879 her datirte, bereits 3 Mal wegen gefährlicher Drohung und Excess, ein Mal wegen Kindesweglegung also wegen desselben Verbrechens abgestraft worden sei.

Dr. *W.* wies darauf hin, dass der Eindruck, welchen die Kruger bei

der Verhandlnng gemacht habe, der einer von Natur stiefmütterlich begabten Person gewesen sei; sie habe angegeben, dass sie schon vor dem Dienstantritte erklärt habe, sie möge Kinder nicht; dann habe sie es aber doch probirt in der Meinung, sie werde ihre Abneigung beswingen können; aber das Kind sei boshaft (?) gewesen, habe geschrieen (!) und da habe sie es umbringen wollen. Dann habe sie wieder gesagt, sie habe es im Jähzorn gethan; als Grund des Kinderhasses habe sie schlechte Behandlung in ihrer eigenen Kindheit angegeben — das letztere auf Wiedervergeltung abzielende, aus dem allgemein menschlichen Gerechtigkeitssinne, welcher eine logische Consequenz sei, entspringende Motiv sei möglich, verrathe aber ein instinctives, des vernünftigen Regulators ermangelndes Handeln, wenn die Angeklagte Das, was man ihr als Kind zu Leide gethan hat, fremde Kinder im zartesten Alter in einem Grade entgelten lässt, welcher weit über das erlittene eigene Unrecht hinausgehe. Sei es aber nur die Abneigung gegen die Kinder gewesen, von der die Kruger beherrscht war und welche durch das angeblich boshafte, weil ihr unmotivirt erscheinende Schreien des Kindes geweckt wurde, so sei daran wieder nur das instinctive Thun zu erkennen, der aller vernünftigen Ueberlegung baren Herrschaft des blinden Triebes. Es gebe Personen genug, selbst weibliche, wenn gleich letztere nur ausnahmsweise, welche die Kinder nicht lieben und noch mehr solche, denen ihr Schreien zuwider sei, aber sie griffen nicht zu so extremen Mitteln, um des Unangenehmen los zu werden. Die Kr. konnte ja sofort den Dienst verlassen, sie konnte ja das Kind züchtigen, sie konnte es im äussersten Falle einfach hinlegen. Diese Verantwortung sei also nicht geeignet, das Motiv der That aufzuklären, sondern nur das Handeln der Angeklagten unerklärlich erscheinen zu lassen und wenn ein Mitglied des Gerichtshofes aus der Unnatürlichkeit der Handlung und dem Mangel eines vernünftigen Grundes den Schluss gezogen habe, die Angeklagte sei „eine verkommene Person", so sei in diesem Ausspruche gewiss Wahrheit gelegen gewesen, wenn auch nicht in dem Sinne, in welchem er gethan wurde; sie erscheine verkommen, weil ohne alle Ueberlegung von blinden Trieben beherrscht.

Und sie habe schon früher einmal das Kind ihrer Herrin weggelegt, auch damals bald nach ihrem Dienstantritte. Sie sei in die Strafanstalt nach Neudorf gekommen und die Schwestern haben von ihr oft gesagt, dass sie oft im erregten Zustande excedirt und sich dadurch strenge Strafe zugezogen, dann aber sich wieder correct benommen habe. *Witlacil* bemerkt hierüber:

Welcher psychiatrische Fachmann sieht aus diesem Berichte nicht die Paroxysmen einer Geistesgestörten heraus, welche in der Strafanstalt natürlich nur wieder Bestrafung zur Folge hatten.

Witlacil zergliedert nun die That der Marie Kruger, wie sie in dem Berichte der Neuen freien Presse geschildert wurde und bemerkt dann ganz naturgemäss: „Wo liegt in diesem Thun eine Ueberlegung, ein zielbewusstes Handeln? Ohne anderes Motiv als ihren Widerwillen gegen Kinder entfernt

sie sich mit dem Kleinen weitab vom Hause und setzt ihn unter ein Hausthor, sie steckt ihm einen Knebel in den Mund, der ihn aber nicht erstickt, schnürt ihm ein Tuch um, das ihn nicht erwürgt, sie habe eingestandenermaassen die Absicht gehabt zu tödten, vollendet aber ihr Werk nicht und geht davon; sie habe dabei das Kind auf einen Platz gelassen, wo es bald gefunden werden konnte, ja musste und also seine Rettung möglich war; dann irre sie herum, bald gehe sie aber zur Polizei, zeige dortselbst die Weglegung des Kindes an und suche den Unterstand in der Haft. Ist das Reue oder nur wieder jener Vergeltungstrieb, der sich jetzt gegen die eigene Person kehrt oder einfach das Mitsichmachenlassen, nachdem sie ihren inneren Drang befriedigt hat. Und warum giebt sie den Ort, wo sie das Kind hingelegt hat, unrichtig an, so dass man es nicht findet? Hat sie ihn vergessen, oder will sie, dass das Kind nicht sogleich gefunden werde? Warum macht sie dann die Anzeige?

Alle diese Fragen hätten sich, wie Dr. *Witlacil* mit Recht bemerkt, Richter und Geschworne, Anklage und Vertheidigung und auch die Gerichtsärzte stellen müssen, wenn der Fall erschöpfend behandelt worden wäre. Für den Psychologen vom Fach fänden sie nur in der Voraussetzung gestörter Geistesthätigkeit ihre Lösung. Warum man sie nicht schon während der Untersuchung gestellt hat, wie weit die Zurückweisung der verspäteten Anzweiflung der Zurechnungsfähigkeit seiner Clientin Seitens des Vertheidigers durch das Gericht formell begründet war, das zu untersuchen gehöre in die juridische Sphäre; nur bezüglich der Gerichtsärzte sei bemerkt, dass ihnen keine diesbezügliche Frage bei der Hauptverhandlung gestellt wurde und sie daher, selbst wenn sie vielleicht Zweifel hatten, formell vollständig gerechtfertigt seien; sei es doch ein gangbarer Grundsatz, in der gerichtsärztlichen Praxis nicht mehr zu beantworten, als gefragt wird, was freilich voraussetze, dass stets richtig und um alles Nothwendige gefragt werde. Ohne also in die judicielle Seite des Falles einzugehen, weist *Witlacil* darauf hin, dass unser gerichtliches Verfahren an Mängeln leide, welche dieser Process klar aufgedeckt habe. Vor allem sollte man doch eine bessere Evidenz über die strafgerichtlichen Untersuchungen und Curatelsverhängungen haben, welche es unmöglich macht, dass eine wegen Blödsinn der Irrenanstalt übergebene Inquisitin schon nach $1^1/_2$ Jahren wieder vor Gericht gestellt und verurtheilt wird. Man sollte sich ferner nicht so sehr von der Voraussetzung der Böswilligkeit praeoccupiren lassen, dass man alle Ziel- und Zwecklosigkeit des Thuns, alle Plan- und Cohärenzlosigkeit in den Details eines Verbrechens, alle Mängel zureichender Motive übersieht. Möge man auch die Moral insanity gänzlich läugnen, so dürfe man doch nicht jene offen daliegenden Störungen in den psychischen Vorgängen übersehen, welche die That der Kruger so augenfällig charakterisiren. Ueberhaupt wäre mehr Verständniss für psychisches Kranksein und die Grenzen der Zurechnungsfähigkeit in richterlichen und staatsanwaltschaftlichen Kreisen zu wünschen. Ferner sollte das Verlangen nach der Untersuchung des

Geisteszustandes eines Beschuldigten allerdings rechtzeitig von dem Vertheidiger gestellt, aber auch in jedem späteren Stadium des Processes als zulässig erklärt werden, wenn es mit triftigen Gründen unterstützt wird. Freilich sollte den Gerichtsärzten die Aufgabe zufallen, von ihrem fachmännischen Standpunkte den Fall nach allen Richtungen zu erwägen und sonach über die gestellten Fragen hinauszugehen und aus eigener Initiative auf jene Umstände und Thatsachen aufmerksam zu machen, welche vielleicht den juridischen Factoren entgangen oder von ihnen unrichtig gedeutet worden sind. Um es kurz zu sagen, der Fall Kruger mahne zu besserer Evidenzhaltung der Gerichtsakte, zu völlig objectiver Beurtheilung der Details und der Motive jeder That ohne jede vorgefasste Meinung, zu einer gründlicheren, psychologischen Bildung der staatsanwaltschaftlichen Functionäre und der Richter, zur jedesmaligen und in jeder Phase des Processes zuzulassenden Prüfung des Geisteszustandes solcher Angeklagten, deren Handlungsweise als ein psychologisches Räthsel erscheint, endlich zu einer, nicht nur beiden Wissenschaften würdigeren, sondern auch der Rechtspflege ungleich mehr nützenden Stellung der Gerichtsärzte über die Schranken der immerhin berechtigten Fragestellung hinaus, als zur selbstständigen Beurtheilung der That und des Thäters von ihrem wissenschaftlichen Standpunkte aus berechtigte und verpflichtete; denn der gewöhnliche Menschenverstand allein reiche, wie man leider nur zu oft glaubt, zu dieser Beurtheilung nicht aus.

Witlacil erörtert sodann den Fall vom administrativen Standpunkte und bemerkt, dass sich da Mancherlei finde, was sehr vom Uebel sei; die Kruger, der Landes-Irrenanstalt übergeben, sei von dieser in das Versorgungshaus entlassen worden. — *Witlacil* beantwortet die Frage: ob sie dahin gehört mit: Nein. Dies habe der Erfolg gezeigt und sei auch theoretisch vorauszusetzen gewesen, weil einem Versorgungshause die für Geistesgestörte nothwendigen Einrichtungen fehlen. Warum habe man sie dahin gegeben und nicht in die Irren-Siechenanstalt nach Klosterneuburg, welche für unheilbare Irre bestimmt wurde? Wie *Witlacil* bemerkt, wahrscheinlich deshalb, weil man dort keinen Platz für sie hatte und diese Anstalt wegen des Platzmangels für Irre längst zur eigentlichen Irrenanstalt umgewandelt worden sei; auch dieser Fall sei zurückzuführen auf die stets mit Palliativmitteln beantwortete Frage des Raummangels für Geisteskranke. Die Versorgungsanstalt sei keine Detentionsanstalt, was die Irrenanstalt doch bis zu einem gewissen Punkte ist; sie könne also ihre Pfleglinge nicht zurückhalten und halte sie nicht zurück; sie habe demgemäss auch die Kruger wieder sehr bald entlassen, aber gegen Revers. Warum gegen Revers? Man habe also gewusst, dass die Kruger geistesgestört sei; man habe sie wahrscheinlich mit der Verpflichtung übernommen, sie nur gegen Revers zu entlassen und diese Entlassung sei dann erfolgt. Warum? Das wisse man nicht. *Witlacil* meint, man könne sich recht gut denken, dass die Kruger mit ihrem blödsinnigen Wesen und ihrem verkehrten Thun kein gern gesehener Gast der Anstalt war und dass diese froh gewesen sein

dürfte, sich ihrer entäussern zu können. Das Versorgungshaus habe sie also der Wäscherin Thomaier übergeben gegen Revers. Was dieser Revers bedeutet habe, zeige am besten die Thatsache, dass sie von ihr sechs Wochen später in Dienst ging und die That verübte, wegen welcher sie nun vor Gericht gestanden sei. Dieser Revers sei eine leere Formalität gewesen. Er sollte wohl bezeugen, dass die Unterstandsgeberin ihre Pflegebefohlene entsprechend überwachen und die Verantwortung hierfür übernehmen werde, die Wäscherin, welche von ihrem Verdienste lebt. Es sei geradezu lächerlich, aber zugleich traurig zu sehen, in welcher Weise die Intentionen des Gesetzes ausgeführt werden. Es habe sich also blos um das Blatt Papier gehandelt, damit man gedeckt sei; was weiter geschehen würde, darum kümmere man sich nicht weiter, dafür sei man nicht verantwortlich. Die Abgabe der Kruger in die Irrenanstalt sei im Laufe der Untersuchung erfolgt und zwar auf das Gutachten zweier Landesgerichtsärzte, ihre Gemeingefährlichkeit sei aus ihren Thaten bekannt, sei also für die Gesellschaft unschädlich zu machen gewesen. Die Irrenärzte konnten keine gegentheilige Ueberzeugung gewonnen haben; sie hätten sonst nicht die Kruger als eine unheilbare Blödsinnige dem Versorgungshause übergeben lassen können, sondern hätten erklären müssen: sie sei geheilt oder sie sei nie geisteskrank gewesen. Sonach sei die Kruger solange in der Irren-Siechenanstalt zu behalten gewesen, als sie nicht in eine vollkommen verlässliche Pflege und Ueberwachung genommen wurde. Die Versorgungsanstalt habe für diese Uebernahme nicht genügt; denn sie konnte nur die Verpflegung, aber nicht die Ueberwachung leisten; dass sie aber die in die Versorgung übernommene Geisteskranke nach wenigen Monaten gegen einen Revers, dem die völlige Unverlässlichkeit an der Stirne geschrieben stehen musste, einer Person übergab, welche selbst vom täglichen Erwerbe lebte, also die Kruger weder ernähren, noch überwachen konnte und der also nichts Anderes übrig blieb, als sie sich selbst zu überlassen, damit sie sich durch ihren eigenen Erwerb ernähre, das sei doch gewiss ein nicht zu rechtfertigender Vorgang gewesen. Dass endlich die Thomaier leichtfertig und gewissenlos genug gewesen sei, eine Verpflichtung auf sich zu nehmen, von deren Unerfüllbarkeit sie überzeugt sein musste, sei ein bei Leuten dieses Schlages gar nicht ungewöhnliches Vorkommniss; schlecht verstandenes Mitgefühl, Gedankenlosigkeit und das Nichtglauben an die Aussprüche der Sachverständigen spielen ja selbst in gebildeten Kreisen oft eine sehr erhebliche Rolle.

Die Lehre, welche für die öffentliche Verwaltung aus diesem Falle zu ziehen sei, sei also vor allem die: Geisteskranke bedürfen, auch wenn sie unheilbar, aber gemeingefährlich sind, der Pflege und Ueberwachung; bei Leuten, die vom Erwerbe leben, sei beides ausserhalb einer Irrenanstalt nicht möglich und also müssten sie in einer solchen nicht nur untergebracht, sondern auch behalten werden. Habe man nicht Raum für sie, müsse man Raum schaffen; das sei eine Pflicht der öffentlichen Verwaltung,

welcher sie sich nicht entziehen dürfe; habe der Staat diese Verpflichtung, so müsse er ihr gerecht werden; treffe sie das Land, weil es diese Anstalten als Landesanstalten übernommen hat, so haben seine Vertreter für die Erfüllung dieser Pflicht zu sorgen. Wie weit dies bisher in Niederösterreich geschehen sei, solle hier nicht erörtert werden; die Thatsachen seien ja bekannt und die vorliegende spreche deutlich genug. Eine weiter zu ziehende Lehre sei, dass Geistesgestörte und wären es auch nur Blödsinnige, nicht in die Versorgungshäuser gehören, da diesen Anstalten die Einrichtungen fehlen, welche zur entsprechenden Ueberwachung solcher Kranken nothwendig seien; der Mangel an Raum in den Irrenanstalten und die ganz unbegründete Annahme, dass Blödsinnige meist ungefährlich seien, hätten zu einer sehr laxen Praxis in dieser Richtung geführt, so dass sich Blödsinnige und auch andere angeblich ruhige Geistesgestörte nicht nur in den grossen Versorgungsanstalten, sondern auch in den Landspitälern und selbst in den kleinen Gemeindearmenhäusern vorfänden, mitunter ihre Umgebung belästigen und gefährden; selbst des nothwendigen Schutzes entbehren, und da sie frei verkehren, jeden Augenblick Schaden bringen können.

Ein Drittes sei, dass man mit den Reversen bei Entlassung von Geisteskranken doch nicht blos der Formalität genügen, sondern in jedem einzelnen Falle prüfen sollte, ob der Aussteller in der Lage sei, die Pflege und Ueberwachung des Kranken zu leisten; die Entlassung aus öffentlichen Anstalten sei durch deren Statut normirt; dieses verlange (§ 23) bei Ungeheilten die Ausstellung eines Reverses über die fernere Verpflegung und Verwahrung, wenn die Entlassung über Verlangen der gesetzlichen Vertreter oder der Angehörigen erfolgte; geschehe sie aber über Anordnung der Direction oder des Landesausschusses nach eingeholtem Gutachten des Directors, so sei die Bedingung gestellt, dass keine Aussicht auf Heilung, aber auch keine Gemeingefährlichkeit mehr vorhanden sei. Die Entlassung der Kruger geschah schwerlich über das Verlangen des Curators oder der Angehörigen um so weniger, als sie in die Versorgungsanstalt entlassen worden sei. Statutengemäss sei sie also nur dann zu entlassen gewesen, wenn die Anstaltsleitung von ihrer Ungefährlichkeit überzeugt war. *Witlacil* fügte an dieser Stelle die Frage bei: „Konnte sie dies nach dem Vorausgegangenen und nach einer blos einjährigen Beobachtung? und wie wurde diese Ueberzeugung bestätiget!"

Wenn sich nun die Versorgungsanstalt bei Uebergabe der Blödsinnigen an die Thomaier von derselben einen Revers ausstellen liess, so habe dieser doch auch keinen anderen Sinn haben können als den oben angegebenen, die fernere Verpflegung und Ueberwachung sicherzustellen. Kannte nun die Anstaltsleitung die Verhältnisse der Uebernehmerin oder hat eine Behörde bestätiget, dass sie die Mittel besitze, die Uebernommene zu verpflegen und zu überwachen? Das Letztere sei so wenig glaublich, als das Erstere; dann aber sei der Revers nichts als ein beschriebenes Blatt Papier ohne jeglichen Werth gewesen.



Ein weiteres Moment sei der factische Mangel einer Aufsicht über die in Privatpflege befindlichen Geisteskranken. Wohl trage sie das Sanitätsgesetz vom 30. April 1870 den Gemeinden auf; wohl schärfe der § 23 der Ministerialverordnung vom 14. Mai 1874 diese Verpflichtung ihnen und ihren ärztlichen Organen ein und verpflichte die politischen und Polizeibehörden zur diesfälligen Ueberwachung; würden aber diese Obliegenheiten wirklich erfüllt und könnten sie erfüllt werden?

In der Regel erführen ja die Gemeinden von der Uebernahme eines Geisteskranken in die Privatpflege ebensowenig etwas, als die politische und Polizeibehörde. Sollte diese letztere z. B. von der Uebergabe der Kruger an die Thomaier verständiget worden sein? Er glaube kaum; und doch sei diese Ueberwachung keine Formalität, sondern von der grössten Wichtigkeit; hätte sie stattgefunden, so hätte die Thomaier ihre Pflegebefohlene nicht so ohne Weiteres in einen Dienst gehen lassen können, noch dazu in einen, wo sie es wieder mit einem Kinde zu thun hatte.

Endlich sei es ein dringendes Bedürfniss, dass durch Schrift und Unterricht in der Bevölkerung richtigere Anschauungen über die Geisteskranken Wurzel fassen. Zwar halte sie unser Volk weder für Heilige, wie der Orientale, noch für Besessene, wie das Mittelalter, sondern für Kranke; dass aber die Krankheit im Körper wurzle, dass die seelische Störung von gestörter Gehirnfunction abhänge, dass in ihr weder ein Makel, noch ein Verschulden liege, dass die Grade, die Aeusserungen dieser Kategorie von Krankheiten am allerwenigsten berechenbar seien, so dass auf lange Ruhe ungeahnte Ausbrüche folgen, dass selbst ruhige Blödsinnige durch ihre Geistesschwäche namenloses Unheil anrichten könnten, davon hätten auch viele Gebildete keinen Begriff, wie erst die grosse Menge. Leute von der Art, wie die Unterstandgeberin der Kruger vermöchten nur die grellsten Aeusserungen der psychischen Störung als solche zu erkennen; traten diese zurück und waren sie niemals wahrnehmbar, so sei für sie der Kranke gesund — und sie könnten nicht begreifen, wie man es für nothwendig finden könne, einen so ruhigen harmlosen Menschen einer besonderen Aufsicht zu unterziehen. Mit nur etwas Verständniss für den Zustand der Kruger hätte die Wäscherin Thomaier sie weder übernommen, noch in Dienst gegeben, am wenigsten zu einem Kinde. Woher aber hätte sie dieses Verständniss nehmen sollen?

Fasse man Alles zusammen, so müsse man sagen, dass die That der Kruger dem Fachmanne zweifellos als das Werk einer Geistesgestörten erscheinen musste, dass unser Gerichtsverfahren hier eine Blösse gezeigt habe, welche entschieden der Abhilfe bedürfe, dass aber noch weit schlimmere Blössen in unserer Verwaltung aufgedeckt worden sind. Die Abgabe einer für die öffentliche Sicherheit gefährlich erwiesenen Blödsinnigen in ein communales Versorgungshaus, ihre Entlassung aus demselben gegen einen rein formellen Revers an eine von der Arbeit lebende Person und alles das weil die Landes-Irrenanstalten nicht den nothwendigen Raum bieten, um

alle jene Kranken unterzubringen, welche der Unterbringung bedürfen, hierin liege der Kern der Sache, hierin und in der Verbreitung richtigerer Anschauungen über Geisteskranke allein die Abhilfe.

Die von Dr. *Witlacil* anlässlich des Falles „Marie Kruger" gemachten Bemerkungen verdienen gewiss eine besondere Würdigung; doch glaube ich einzelnen der von ihm angeführten Ansichten einige Gegenbemerkungen zuwenden zu müssen.

Was zunächst die Erörterungen betrifft, die *W.* bezüglich des Falles „Kruger" vom Standpunkte der gerichtlichen Psychologie und in Rücksicht des gerichtlichen Verfahrens ausführte, muss man denselben vollkommen beipflichten.

Eine objective Zergliederung der von Marie Kruger verübten gesetzwidrigen Handlung musste für denjenigen, der die menschlichen Handlungen und Unterlassungen in ihrer gesetzmässigen Entwicklung und Entäusserung zu verfolgen hat, und zwar auch für solche, die sich nicht vermöge ihres Berufes mit der Beobachtung psychopathischer Zustände befassen, Auffälligkeiten bieten und wenn man sich, wie es ja zur Klarstellung des subjectiven Thatbestandes eines bestimmten motorischen Verhaltens nothwendig ist, die verschiedenen Phasen oder Stadien des fraglichen activen und passiven motorischen Verhaltens (Handlungen und Unterlassungen) gegenwärtig hält, so mussten sich naturgemäss Zweifel darüber aufdrängen, dass sich Marie Kruger zur Zeit der Verübung der ihr zur Last fallenden Handlung nicht in einem normalen Geistes- und Gemüthszustande befunden habe.

Ob man sich auf den juridischen oder aber auf den psychiatrischen Standpunkt stellt, bei der Beurtheilung des subjectiven Thatbestandes einer verbrecherischen Handlung muss man diese motorische Entäusserung zergliedern nach den verschiedenen Phasen ihres Zustandekommens und Ablaufens, mag man nun die einzelnen Phasen und Stadien wie immer bezeichnen. Ich zergliedere mir diesfalls jedes motorische Verhalten nach drei Hauptabschnitten, Phasen oder Stadien und unterscheide:

1. das Stadium der subjectiven Entwicklung, die Phase der subjectiven Latenz, das Stadium der sog. Praemeditation;

2. das Stadium der eigentlichen Action, der objectiv wahrnehmbaren motorischen Entäusserung (Handlung und Unterlassung); und

3. das nach Ausführung der Handlung und Unterlassung beginnende Stadium, ich bezeichne es als das Stadium der subjectiven Reaction der vorausgegangenen motorischen Entäusserung.

Es ist nicht meine Aufgabe, zu erörtern, ob und inwiefern sich auch die Untersuchungsrichter, die Mitglieder des Gerichtshofes, die Geschwornen, die Vertreter der Staatsbehörde, die Vertheidiger eine incriminirte That in gleicher Weise zu zergliedern haben; der Gerichtsarzt aber hat, wenigstens nach meiner Ueberzeugung bei Beurtheilung von Handlungen und Unterlassungen in foro, und der Irrenarzt bei Beurtheilung von motorischen Entäusserungen überhaupt, nach dieser Auffassung vorzugehen und dann festzustellen, ob das Zustandekommen und Ablaufen eines bestimmten motorischen Verhaltens unter dem Einfluss pathologischer Zustände erfolgte oder von der Norm abweichende Auffälligkeiten darbietet oder nicht. Die menschlichen Handlungen und Unterlassungen, das sog. motorische Verhalten eines Menschen erfolgen ja ebenso nach bestimmten durch die Beobachtung und Vergleichsstudien ermittelbaren Normen, wie andere Naturerscheinungen und es ist ein unbegründeter Vorwurf, den man namentlich von juridischer Seite Aerzten und speciell Irrenärzten macht, dass dieselben in ungerechtfertigter Ausdehnung mannigfache motorische Entäusserungen von Menschen, namentlich Handlungen und Unterlassungen, die mit dem positiven Gesetze und mit der Moral in Widerspruch stehen, in den Umfang psychopathischer Entäusserungen einbeziehen und hierdurch den Umfang ethisch und strafgerichtlich zurechnungsbarer Handlungen und Unterlassungen in einer für die Rechtspflege und die Gesellschaft bedenklichen Weise einengen.

Es wird diese abträgliche Kritik der psychiatrischen Forschung gerade in neuerer Zeit von gewissen Seiten mit besonderer Vorliebe verfolgt; es ist, man entschuldige diesen Ausdruck, zu einem förmlichen „Sport“ geworden, die heutige Richtung der Psychiatrie und forensischen Psycho-Pathologie zu

beschuldigen, dass man abweichend von den Grundsätzen der exacten naturwissenschaftlichen Forschungsmethode in den psychiatrischen Gutachten so häufig lediglich Ansichten, die von Gefühlsstimmungen und von, die Principien der Rechtsidee einengenden hypothetischen Voraussetzungen beeinflusst seien, zum Ausdruck brächte.

Diese Anschauungsrichtung und Behauptung darf der auf diesem Gebiete mit Gewissenhaftigkeit und Ernst vorgehende Forscher nicht unbesprochen hinnehmen und darf es nicht als gleichgiltig auffassen, wenn das gerichtliche Forum dazu benützt wird, über die wissenschaftliche Forschungsrichtung der Psychiatrie und forensischen Psycho-Pathologie ein verdächtigendes und abfälliges Urtheil zu sprechen.

Den Mitgliedern des Gerichtshofes und der Staatsbehörde steht das Recht zu, das Vorgehen der einzelnen Sachverständigen in formaler Hinsicht, einer Kritik zu unterziehen, ob sich dasselbe innerhalb eines bestimmten, durch die Strafprocess- und Civilprocessordnung normirten Rahmens gehalten hat, gewiss auch in der Richtung, ob der Sachverständige in einer der Auffassungsfähigkeit des rechtsprechenden Laien entsprechenden Form seinen Ausspruch abgiebt, ob sein Gutachten nicht mit den Gesetzen des logischen Denkens und mit den erhobenen Thatumständen im Widerspruche steht — — — allein eine Kritik über die Richtung der wissenschaftlichen Forschung zu üben, charakterisirt ein Uebergreifen auf ein Gebiet, für welches diesen Organen die Competenzberechtigung fehlt. So wenig der Jurist als solcher die Berechtigung besitzt, einen pathologisch-anatomischen Befund zum Anlass zu nehmen, über diese oder jene Richtung der physiologischen oder pathologisch-anatomischen Forschung ein absprechendes Urtheil zu fällen, so gilt dies auch bezüglich der forensischen Psycho-Pathologie.

Dass der Irrenarzt und der Gerichts-Irrenarzt, an die vermöge ihres Berufes, so vielfach die Aufgabe und die Verpflichtung herantritt, die Detailverhältnisse des motorischen Verhaltens psychisch-abnorm beschaffener Menschen zu studieren, in ihren Entwicklungs- und Verlaufsverhältnissen zu verfolgen, sie in ihrem Zusammentreffen mit nachweisbaren, organischen

Zuständen, Vorgängen und pathologisch organischen Veränderungen zu beurtheilen, naturgemäss einen geschärfteren Sinn, ein geschärfteres Auge für das Vortreten solcher Zustände gewinnen, liegt in der Natur der Organisation des menschlichen Geistes und wird ebensowenig überraschen, als wie wenn der Maler und der bildende Künstler, deren Auge in der fortwährenden Beurtheilung von Werken der bildenden Kunst geübt wird, auf den ersten Blick Mängel und Störungen wahrnimmt, die dem Auge des gewöhnlichen Kunstdilettanten entgehen; der schärfere Blick des Irrenarztes für die Erkenntniss psychopathischer Zustände kann ebensowenig überraschen, als wenn uns der musikalisch gebildete Zuhörer in den aufgeführten Tonwerken Detailverhältnisse aufdeckt, Fehler in der Anlage, Schwankungen in der Durchführung, Dissonanzen u. s. w. darlegt, die dem nicht musikalischen Zuhörer gänzlich entgehen und so gilt dies für alle Gebiete des menschlichen Wissens, des menschlichen Forschens, des menschlichens Schaffens, für die Bethätigung der verschiedenen Zweige der Kunst, der Wissenschaft und der Gewerbe.

Da übrigens diese meine Bemerkungen als eines Nicht-Juristen vielleicht nicht als vollberechtigt erscheinen, citire ich hier die Worte eines Juristen, des k. k. Landesgerichtsrathes *Franz von Ney*, der in seinem Werke: Die wichtigsten Momente der gerichtlichen Seelenkunde (Linz 1863, S. 206) allerdings bei Erörterung der Frage: Ob die Geschworenen in ihrem Ausspruche an juridische Beweisregeln gebunden seien, bemerkt: „Wenn z. B. die Rede davon wäre, ob ein Brillant ächt oder unächt ist, so wird wohl kein Mensch den Brillant darum für ächt halten, wenigstens ihn nicht darum als ächt bezahlen, weil eine Anzahl von ehrenhaften und sonst intelligenten Männern, welche aber von der Kunde der Edelsteine nichts verstehen, auf ihr Gewissen versichert haben, dass sie den Stein für ächt halten; wenn aber auch noch ein Juwelier nebenbei aufgetreten wäre, welcher erklärt hätte, der Stein sei falsch, so würde man denjenigen, welcher diesem sachverständigen Urtheil entgegen, den Stein als ächt bezahlt, sehr lächerlich finden.“

Der Juwelier hat aber auch und muss vermöge seines Be-

rufes die Kunst erlernen, ächte und unächte Steine mit richtigem Blick zu erkennen und man wird mich keines Fehlschlusses beschuldigen, wenn ich behaupte, dass ein in der Steinkunde wohlerfahrener Juwelier manche Steine als unächt erkennen und erklären wird, die selbst mancher Richter und Staatsanwalt für ächt angesehen haben mag.

Diese Andeutungen dürften genügen, um darzuthun, dass es ganz naturgemäss ist, wenn Gerichts-Irrenärzte und Irrenärzte in dem Thun und Lassen vieler Menschen Auffälligkeiten psycho-pathischen Charakters wahrnehmen, welches von Nicht-Irrenärzten noch als völlig normal aufgefasst wird und dass damit naturgemäss der Irrenarzt eine relativ viel grössere Zahl von Menschen als psycho-pathisch anerkennt, als der Laie, geradeso wie der erfahrene Juwelier in dem Geschmeide manch' festlich geschmückter Personen die unächten Brillanten erkennt und so für ihn die Zahl der Träger ächter Brillanten sehr zusammenschrumpft.

Dieser geschärftere Sinn des Irrenarztes hat aber nicht blos zur Folge, ausgesprochene, psychische Störungen rascher zu erfassen und zu erkennen; dieser geschärftere Sinn hat bei dem Umstande, dass sich alle Aeusserungen der menschlichen Geistesthätigkeit, um in der Sprache der Philosophen zu sprechen, im Raume und in der Zeit abwickeln, naturgemäss auch zur Folge, dass psychisch-abnorme Aeusserungen von einem Irrenarzte vielfach in einem weitaus früheren Zeitpunkt als der naturgemässe Ausdruck eines abnormen psychischen Zustandes erkannt werden, als dies der Auffassungs- und Urtheilsfähigkeit von Laien möglich ist; einfach darum, weil ein Laie sich in der Regel nicht die Aufgabe stellt, die successive Entwicklung des motorischen Verhaltens „in der Zeitaufeinanderfolge“ zu studiren und zu verfolgen.

Zeigt es uns ja die tägliche Erfahrung auf anderen Gebieten der Specialforschung, die sich das Verfolgen gewisser Thätigkeitsäusserungen in der Zeitaufeinanderfolge zur Aufgabe stellt, so z. B. bei Sportmännern, auf der Rennbahn, am Schwimm- und Ruderplatze u. s. w., woselbst manch' geübter Sportsmann noch vor dem Anlangen der Wet[illegible]
Sicherheit aus gewissen Erscheinungen erschliesst

selben zuerst an's Ziel gelangen wird; hat ja doch erst vor Kurzem bei dem Ruderwettkampfe der Amerikanischen und Wiener Ruderkämpfer der englische Trainer Mr. Tarryer, welcher den Wiener — Crew — trainirt hatte, von einem Dampfer aus, schon vor der Nordbahnbrücke mit seinem geübten Auge erkannt, dass die Ruderschläge des Cornell Crew's unregelmässig wurden und hat Tarryer sein Hurrah für Wien ausgerufen, während das ungeübte Auge der nach vielen Tausenden zählenden Zuschauer nur noch immer die Distanz im Auge hatte zwischen den beiden Booten der Wettkämpfer, die zu Gunsten der Amerikaner sprach.

Nach all' dem Gesagten dürfte es wohl kaum zu bestreiten sein, dass für jedes menschliche Beobachtungsgebiet der Satz gilt: dass fortgesetztes Ueben einer gewissen Thätigkeit und fortgesetztes systematisches Beobachten und Forschen auf einem gewissen Gebiete den Sinn für die Wahrnehmung bestimmter Detailverhältnisse auf diesem Gebiete schärft und auch ein frühzeitigeres Erkennen des Vortretens gewisser Veränderungen, Störungen und Mängel in den Erscheinungen, die das Beobachtungsobject einer gewissen Specialforschung abgiebt, voraussetzen lässt; ja dass das Nichtstattfinden dieser Verhältnisse als ein wesentlicher Mangel der Beobachtungsfähigkeit und Specialerfahrung des betreffenden Specialisten erklärt werden müsste.

Diese Auffassung muss wohl auch allerwärts den Gesetzgebern vorgeschwebt haben, welche in die Strafprocessordnung den Beweis, beziehungsweise den Befund „durch Sachverständige“ als eine wesentliche Bestimmung der Processordnung einfügten.

Diese Excursion hielt ich für nothwendig, da sich gerade auf dem Wiener Boden wiederholt Angriffe gegen die heutige Richtung der forensischen Psycho-Pathologie erhoben, Angriffe, die die Bedeutung der Forschungsrichtung auf diesem Gebiete zum Nachtheile der Rechtspflege im Kreise von Personen, die dem Fache ferner stehen, abschwächen könnten.

Man muss übrigens gerade vom psychiatrischen Standpunkte auch die Erklärungs- und Entschuldigungsgründe dieser

vorangedeuteten abfälligen Auffassung hervorheben, vor allem den Umstand, dass die Mehrzahl der Juristen, aus denen dann die Mitglieder des Richterstandes, der Staatsbehörde und der Vertheidigung hervorgehen, keinen systematischen Unterricht über die forensische Psycho-Pathologie erhält und diese für die Heranbildung und Denkrichtung der anklagenden und rechtsprechenden Juristen so wichtige Specialwissenschaft nur höchstens als Dilettanten betreiben, nur wenige Juristen Vorträge über Psychiatrie oder forensische Psycho-Pathologie hören — und beim Privatstudium häufig die zum Verständniss nothwendige Führung durch einen mit der ärztlichen Grundlage dieser Wissenschaft vertrauten Fachmann fehlt und so namentlich bei Vertretern der Staatsbehörde gar leicht eine pessimistische Auffassung Platz greift, wie ja gerade den Vertretern der Staatsbehörde ebenso häufig der Vorwurf gemacht wird, dass sie vermöge der in ihrer Berufsthätigkeit vorwaltend geübten Forschungsrichtung die verschiedenen menschlichen Handlungen und Unterlassungen mit dem einseitig geschärften Auge des Staatsanwaltes betrachten und inhibirend auftreten, woselbst gewöhnliche andere Menschen selbst nach wiederholter Prüfung in dem Schwarz auf Weiss nicht immer die Anhaltspunkte für die schwarze Auffassung des Staatsanwaltes herausfinden.

Somit entgehen auch die Vertreter der Staatsbehörde nicht ihrem „Schicksal", der befangenen, einseitigen Beurtheilung durch Nichtberufene und finden in diesem gemeinsamen Geschicke wenigstens einige Genugthuung die Vertreter der forensischen Psycho-Pathologie, die Gerichtsärzte und die Irrenärzte.

Zergliedern wir nun ganz kurz die der Marie Kruger incriminirte That vom Standpunkt der forensischen Psycho-Pathologie nach den vorerwähnten 3 Stadien; fragen wir uns, in welchem Zeitpunkte sich die ersten subjectiven Keime zu dieser Handlung bemerkbar machten, welche Anhaltspunkte uns diesfalls das Schlussmaterial abgaben, so lässt sich wenigstens vom Standpunkte des Irrenarztes nicht verkennen, dass in diesem Falle die subjective Anregung und Ausführung der That der Zeit nach sehr nahe an einander liegen und sich

somit die Zeit, die Dauer des Prämeditationsstadiums als sehr abgekürzt zeigt, somit die Handlung hierdurch sich jener Kategorie von motorischen Entäusserungen nähert, wobei die subjective Erregung und die derselben correspondirende, objectiv wahrnehmbare, motorische Entäusserung, der objective Thatbestand der Juristen ziemlich rasch aufeinanderfolgen und die Abkürzung dieser Zeitphase die motorische Entäusserung als eine von Juristen und Laien und auch von Aerzten als Affecthandlung bezeichnete Handlungsweise erscheinen lässt, eine Handlung, die vom psychologischen Standpunkte die Eigenthümlichkeit an sich hat, dass wegen Zeitmangel das „Insbewusstseintreten“ von der motorischen Entäusserung entgegentretenden Vorstellungen kaum oder nur in unvollkommenem Maasse erfolgt, zumal bei Individuen, bei denen in Rücksicht ihrer Hirnleistungsfähigkeit das Auftreten und Ablaufen der subjectiven Erregung nur im verlangsamten Tempo stattfindet; — auch wir Irrenärzte messen ja nach Zeiteinheiten den Ablauf der subjectiven Erregung aus der zeitlichen Aufeinanderfolge der die motorische Gesammtäusserung zusammensetzenden, motorischen Einzelmomente.

Soweit sich den gegebenen, in dieser Richtung kurz gehaltenen Zeitungsberichten entnehmen lässt, scheint jener subjective Zustand, den man als „zornige Aufregung“ bezeichnet, als das der That der Marie Kruger zu Grunde liegende subjective Erregungsmoment anzunehmen; die weitere Kette der reflectorisch oder im Wege der Association in's Bewusstsein getretenen Vorgänge lässt sich allerdings auf Grund der vorliegenden Daten nicht präcisiren; jedenfalls erfolgte die Auslösung des ursprünglichen Erregungsreizes nicht in Entäusserungsformen, die man bei normaler Auslösung der Zorneserregung zu beobachten Gelegenheit hat.

Vom psychiatrischen Standpunkte erscheint für die weitere Beurtheilung von grosser Wichtigkeit, wie sich bei Marie Kruger der Zustand der sog. Nervenerregbarkeit überhaupt und der Reflexerregbarkeit, insbesondere beim Insbewusstseintreten gewisser Reizeinwirkungen, speciell gewisser Vorstellungen verhielt. Es ist dies ein Umstand, der bisher in psychiatrischer wie in forensischer Hinsicht noch immer nicht genügend gewürdigt wird.

Eine in's Bewusstsein tretende Vorstellung kann reflectorisch eine Reihe von anomalen subjectiven Vorgängen anregen, die sich theils durch Aenderungen in den Organfunctionen oder in abnormer Weise durch motorische Entäusserungen auslösen. Das Vorleben der Marie Kruger, die bei ihr im Strafhause constatirte Neigung zu excessiven Handlungen deuten auf den Bestand einer unter Umständen leicht steigerbaren Reflexerregbarkeit hin und die Art und Weise der Ausführung des motorischen Actes selbst, soweit man aus den nach der Auffindung des Kindes constatirbaren Momenten entnehmen konnte, deuten darauf hin, dass die Ausführung der einzelnen Momente nicht unter dem Einfluss eines psychischen Zustandes erfolgte, bei dem die Vorstellung klar im Bewusstsein stand, den angeblich angestrebten Zweck zielbewusst durch entsprechende motorische Acte zu realisiren.

Ebenso war auch das Verhalten der Marie Kruger, der Schilderung nach, nach Ausführung der That solcher Art, wie man es nach normaler Auslösung einer Zorneserregung durch Ausführung einer gesetzwidrigen Handlung bei psychisch-normalen Zuständen nicht wahrzunehmen pflegt.

Die Analyse der That an sich hätte somit schon Bedenken und Zweifel anregen sollen bezüglich der Frage: ob die Angeklagte unter dem Einflusse eines normalen oder abnormen Geisteszustandes gehandelt habe; denn auch der Untersuchungsrichter und der Vertreter der Staatsbehörde und die Geschworenen haben zur Klarstellung des sog. subjectiven Thatbestandes alle auf die Beurtheilung des Gemüths- und Geisteszustandes der Beschuldigten Einfluss nehmenden Thatsachen zusammenzufassen, sie nach ihrer Bedeutung sowohl einzeln, wie nach ihrem Zusammenhange zu prüfen und alle Verhältnisse zu würdigen, welche vor und zur Zeit der Ausführung des incriminirten Verhaltens auf das Auftreten und Ablaufen der Vorstellungen, subjectiven Anregungen, Entschlüsse und Handlungen des Beschuldigten Einfluss geübt haben oder noch äu[illegible]

So fordert es, wenigstens nach meiner Ueberzeugun[illegible] Rechtsidee; beim Strafprocesse handelt es sich [illegible] um die Form, sondern vor Allem auch um [illegible] den thatsächlichen Verhältnissen entspreche[illegible]

Wenn nun auch die Beziehung der subjectiven Vorgänge auf etwa nachweisbare organische Zustände, beziehungsweise die Feststellung des etwaigen Einflusses derselben auf den psychischen Zustand des Angeklagten zur Zeit der That eine in die Competenz des Arztes fallende Aufgabe bleibt, so darf aber auch der bei der Voruntersuchung und bei der Verhandlung intervenirende Richter und auch der Vetreter der Staatsbehörde die Eindrücke nicht übersehen, die der Inculpat etwa in Bezug auf Körperentwicklung darbietet.

Die Bedeutung der zurückgebliebenen Körperbeschaffenheit wird kein erfahrener Irrenarzt und Gerichtsarzt unberücksichtigt lassen und um einer Missdeutung der Erwähnung dieses Momentes vorzubeugen, weise ich darauf hin, dass ich in meinen bereits im J. 1865 veröffentlichten Vorträgen über die Erkenntniss und Behandlung der Geistesstörungen hervorhob, dass man die über die Jahre der Pubertät hinaus fortbestehende puerile Körperbeschaffenheit insbesondere häufig bei Individuen beobachtet, bei denen in Folge von im Kindesalter aufgetretenen Krankheitsprocessen eine Hemmung in der normalen Hirnentwicklung und hierdurch eine Behinderung in der normalen Geistesentwicklung bedingt worden ist.

Die Gerichtsärzte Dr. *Zippe* und Dr. *Ruben* schildern im Status praesens des von ihnen im J. 1879 abgegebenen Gutachtens die Angeklagte Kruger als ein in seiner körperlichen Entwicklung zurückgebliebenes, zartgebautes, schwächliches Individuum.

Auch die verschiedenen Zeitungsberichterstatter schilderten in ihren Verhandlungsberichten die Marie Kruger in verschiedenen Variationen als ein in ihrer organischen Entwicklung zurückgebliebenes Individuum und ihr stiefmütterlich bedachtes Aeusseres fiel somit selbst Laien auf. Das Wahrnehmen dieser organischen Degeneration mag wohl vielleicht unbewusst den einen der Votanten zu dem während der Verhandlung vorgebrachten Ausspruch veranlasst haben: „Eine verkommene Person sind Sie!“

Zur Klarstellung des subjectiven Thatbestandes haben aber weiterhin der Untersuchungsrichter, wie der Vertreter der

Staatsbehörde, vor Allem aber auch die Vertheidigung das Vorleben der Angeklagten möglichst genau zu würdigen.

Diese Erhebung ist bei einer strafgerichtlichen Untersuchung und Verhandlung für die Juristen ebenso nothwendig, wie für den Arzt die Erhebung der Anamnese bei der Aufnahme eines Krankheitsfalles und es muss auffallen, dass von keiner Seite die Nothwendigkeit erkannt wurde, den Erlebnissen, den Schicksalen, dem Aufenthalt, dem Thun und Lassen der Angeklagten in den letzten Jahren, d. i. in der Zeit nach ihrer letzten Verurtheilung, wenn auch nur ganz summarisch nachzuforschen. Man würde bei dieser Erhebung schon bei dem ersten Verhöre darauf gekommen sein, wo sich denn die Angeklagte während dieser Zeit befunden hat, selbst wenn man darauf verzichtet hätte, die Voracten aus der Registratur auszuheben und einzusehen, aus deren Einsichtsnahme naturgemäss ersehen worden wäre, dass die betreffende Person vom Landesgericht in Strafsachen im J. 1879 in die Irrenanstalt abgegeben worden ist. Der berühmte Strafrechtslehrer Prof. *Mittermayer* hat ja in seinen Schriften wiederholt darauf hingewiesen, wie nothwendig zur Feststellung und Beurtheilung des subjectiven Thatbestandes eine genaue Erhebung des Vorlebens des Angeklagten sei. Aus dieser Erforschung des Vorlebens gewinnt man ja vielfach erst die wichtigsten Anhaltspunkte für die Würdigung der Motive einer Handlung — und bei Beurtheilung eines so schweren Verbrechens „Mordversuch“, dessen Motive durch die Gerichtsverhandlung nicht einmal psychologisch ausreichend klar gestellt wurden, war die Nothwendigkeit der Erforschung des Vorlebens der Angeklagten um so naheliegender.

Es wurde schon von Dr. *Witlacil* in sehr präciser Weise darauf hingewiesen, welche Ziel- und Zwecklosigkeit des Thuns, welche Plan- und Cohärenzlosigkeit in den Details der Handlung in diesem Falle entgegentrat.

Für den psychiatrischen Fachmann ist das Nichtberücksichtigen dieser Verhältnisse bei der stattgefundenen Verhandlung nur insofern noch von besonderer Bedeutung, als so viele Menschen aus der Ziel- und Zweck- und Planmässigkeit einer Handlung allein die genügenden Anhaltspun[illegible]

für die Annahme eines normalen Geisteszustandes zur Zeit der That, während die irrenärztliche und forensische Erfahrung in zahlreichen Fällen die unwiderlegbaren Belege giebt, wie im hohen Grade geistesgestörte Personen in Absicht auf die Erreichung bestimmter Zwecke ganz ziel- und zweck- und planmässig, vollständig consequent, mit Vorbedacht und genauer Würdigung aller Einzelmomente handeln oder unterlassen und daher die Ziel- und Zweckmässigkeit, die Consequenz und Planmässigkeit, das sorgsame Vorbedenken einer motorischen Entäusserung, sei es Handlung, sei es Unterlassung, noch keinen ausreichenden Beleg für den Bestand eines normalen Geisteszustandes zur Zeit der That abgiebt.

Wenn nun von den Juristen, von Richtern, Vertretern der Staatsbehörde und Geschwornen schon ein ganz ziel- und planloses Handeln als das Kriterium eines normalen Geisteszustandes zur Zeit der Vollführung einer gesetzwidrigen That angesehen wird, welch' schwierigen Standpunkt hat der Gerichts-Irrenarzt erst in jenen Fällen, in denen in den Handlungen Geistesgestörter ein ziel- und zweck- und planmässiges Handeln vorliegt. Man hat eben festzuhalten, dass es sich bei solcher Beurtheilung nicht um das formale, oft mehr oder weniger automatische, scheinbar regelmässige Auslösen motorischer Acte handelt, sondern um die subjectiven Prämissen, die dieses Handeln angeregt haben, um die organische Grundlage, in welcher sie wurzeln. Der Verrückte, der Melancholiker, der Schwachsinnige — sie alle handeln ja in den verschiedensten Richtungen formell ganz geregelt; aber die Prämissen, auf denen die Anregungen zu ihren motorischen Acten beruhen, sind falsch. Wenn ein an Gehörshallucinationen Leidender stylistisch und formell gut abgefasste Eingaben verfasst, so ist dieses in formeller Hinsicht richtige äussere Concept noch nicht beweisend für einen normalen Geisteszustand, im Gegentheile. Also aus der blossen Beurtheilung äusserlich, formell scheinbar correcter Handlungsacte lässt sich noch kein Schluss auf die Normalität der diesen motorischen Acten zu Grunde liegenden subjectiven Erregung schliessen. Die illusorisch aufgefasste

Gehörshallucination drückt allen unter ihrem Einfluss producirten, scheinbar noch so correcten Handlungsacten den Charakter eines abnormen Handelns auf.

Es wurde schon von Dr. *Witlacil* darauf hingewiesen, wie nothwendig eine genaue Evidenzhaltung über die strafgerichtlichen Untersuchungen und das Einsehen früherer Verhandlungsacten ist. Im vorliegenden Falle war dies schon insofern angezeigt, weil die angebliche Wiederholung analoger gesetzwidriger Handlungen dem Vertheidiger den Anlass bot zur Annahme eines triebartigen Handelns und daher hier sowohl für Anklage, wie für Vertheidigung wichtig war, zu wissen, unter welchen Verhältnissen die angeblich gleiche äussere motorische Action früher zur Ausführung kam, unter welch' äusseren, unter welch' subjectiven Momenten; hat ja doch schon der alte Lateiner den für die Beurtheilung der menschlichen Handlungen wichtigen und richtigen Satz ausgesprochen: „quis, quid, quibus auxiliis, cur, quomodo, quando".

Ich bringe in meinen Vorlesungen über Psychiatrie und forensische Psycho-Pathologie meinen Zuhörern regelmässig diesen Satz in Erinnerung, um sich ihn gegenwärtig zu halten bei Zergliederung der in foro oder in der irrenärztlichen Praxis in Frage stehenden motorischen Entäusserungen und darnach bei der Analyse der That modificatis modificandis vorzugehen. Nicht aufgeklärt bleibt, mir wenigstens, der Umstand, aus welchen Gründen der Vertheidiger im vorliegenden Falle, trotzdem er von der Ueberzeugung durchdrungen war, dass die Angeklagte zur Zeit der That in einem nicht normalen Geisteszustand sich befunden habe, nicht den Antrag gestellt hat auf die Untersuchung des Geisteszustandes der Angeklagten durch die Gerichtsärzte. Hat er sich vielleicht der Ansicht hingegeben, dass es ihm auch ohne Intervention der hierzu gesetzlich berufenen Sachverständigen gelingen wird, den Geschwornen die Ansicht beizubringen, dass sich die Angeklagte zur Zeit der That nicht in einem normalen Geisteszustand befunden habe, und dass ein Durchdringen ohne Intervention der Gerichtsärzte für ihn ein grösserer Triumpf werde?

Dem ferner Stehenden drängt sich wenigstens die

sicht auf, da ja aus dem Plaidoyer des Vertheidigers hervorgeht, dass er begründete Zweifel bezüglich der Zurechnungsfähigkeit seiner Clientin hatte und in solchen Fällen strafprocessordnungsmässig die Beantragung der Geistesuntersuchung der Angeklagten durch die Gerichts-Irrenärzte geboten ist. Der Misserfolg des Vertheidigers bei der Verhandlung erinnert sehr lebhaft an die verlorenen Schlachten jener Generäle, die in der Schlacht mit ihrem Corps auf eigene Faust, ohne Rücksicht auf das im Operationsplan des Höchstcommandirenden nothwendige Zusammenoperiren mit den übrigen Corps manövriren und dadurch mitunter daran Schuld tragen, dass die Schlacht verloren geht. Nach den militärischen Satzungen kann man allerdings, wenn es zufällig glückt — einen hohen militärischen Orden erlangen — wenn es aber missglückt, werden solche Generale kriegsrechtlich behandelt. — Vertheidiger in Strafsachen können bei aus solcher Veranlassung resultirenden Misserfolgen nicht einmal die Nichtigkeitsbeschwerde einbringen — für den Ruf und Ruhm des Vertheidigers wäre es gleich ehrenvoll gewesen, wenn er bei der Verhandlung und sei es auch nur als Alternativantrag den Antrag gestellt und durchgesetzt hätte, die Angeklagte bezüglich ihres Geisteszustandes durch die Gerichts-Irrenärzte untersuchen zu lassen; er hätte sich hierdurch den Vorwurf erspart, den er jetzt nicht zurückweisen kann, dass er ein im Interesse seiner Clientin gelegen gewesenes, strafprocessordnungsmässig ihm zur Verfügung gestandenes Rechtsmittel verabsäumt hat. Denn der nachträgliche Umschwung in dieser Angelegenheit ist nicht seinem Verdienste, sondern jenem des betreffenden Berichterstatters „der neuen freien Presse“ zuzuschreiben.

Eine interessante Phase in diesem Processe bildet aber jedenfalls der strafgerichtliche Abschluss dieses Falles dadurch, dass das k. k. Landesgericht in Strafsachen zu Wien die Angeklagte Marie Kruger nach amtlicher Constatirung des Sachverhaltes, dass die genannte Marie Kruger im J. 1879 von dem k. k. Landesgerichte in Civilangelegenheiten zu Wien auf Grund ordnungsmässig stattgefundener gerichtlicher Geistesunter-

suchung durch die für das k. k. Wiener Landesgericht in Civil- und Strafangelegenheiten bestellten Gerichtsärzte als mit Blödsinn behaftet befunden und dieserhalb unter Curatel gestellt wurde und ungeachtet constatirt werden konnte, ja sollte und musste, dass die über Marie Kruger wegen gerichtlich erhobenen Blödsinns gerichtlich verhängte Curatel nicht wieder aufgehoben wurde, sondern zur Zeit ihrer am 13. Juni 1881 erfolgten Verurtheilung noch fortbestand, erst einer neuerlichen gerichtsärztlichen Untersuchung bezüglich ihrer Zurechnungsfähigkeit unterziehen liess, bevor die Untersuchung eingestellt, beziehungsweise die durch die Geschwornen erfolgte Schuldigerklärung und darauf hin durch den Gerichtshof erfolgte Verurtheilung aufgehoben wurde.

Dieses Vorgehen ist jedenfalls von einer grossen principiellen Wichtigkeit, weil hierdurch zum Ausdruck gebracht wird, dass das k. k. Landesgericht in Strafsachen zu Wien die durch das k. k. Landesgericht in Civilangelegenheiten zu Wien ordnungsmässig durchgeführte, nicht wieder behobene Blödsinnigkeitserklärung der Marie Kruger und die hierüber erfolgte Curatelsverhängung über dieselbe nicht als strafprocessordnungsmässig und strafrechtlich ausreichendes Moment annahm, die Marie Kruger bezüglich der ihr zur Last fallenden gesetzwidrigen Handlung als nicht zurechnungsfähig anzusehen.

Consequenterweise muss man annehmen, dass das k. k. Wiener Landesgericht in Strafsachen gerichtlich als blödsinnig erklärte und unter Curatel gestellte und noch unter Curatel stehende Personen strafprocessordnungsmässig in solange noch für zurechnungsfähig ansieht, als sie nicht durch eine vom Landesgericht in Strafsachen aufgetragene neuerliche Geistesuntersuchung der Angeklagten für geistesgestört zur Zeit der incriminirten That erklärt werden.

Setzen wir den Fall, die Gerichtsärzte hätten die [illegible] klagte als zur Zeit der von ihr verübten [illegible]drigen [illegible] lung als geistesgesund, somit als zurech[illegible]

hätte das Landesgericht in Strafsachen die vom k. k. Wiener Landesgericht in Civilangelegenheiten als blödsinnig unter Curatel stehende Person verurtheilen müssen und es wäre der interessante Fall vorliegend, dass die Strafabtheilung desselben Landesgerichtes die betreffende Person für geistesgesund und fähig erklärt, die Folgen der Handlungen einzusehen, während das Civilgericht jeden vor Aufhebung der Curatel vorgenommenen Act der blödsinnig erklärten Marie Kruger als rechtsungiltig erklären müsste.

Ein solches widersprechendes Vorgehen erscheint wenigstens vom psychiatrisch-forensischen Standpunkte nicht recht fassbar, scheint auch nicht stricte in den Bestimmungen des Gesetzes zu liegen; denn ich erinnere mich eines ganz analogen Falles, in welchem ein gleichfalls wegen Blödsinn unter Curatel gestellter junger Mensch, der seinem Curator ein paar hohe Lederstiefel gestohlen hat und vom Curator dieserhalb geklagt worden ist, vom Gerichte zu 2 Monaten Arrest verurtheilt wurde und diese ihm zuerkannte Strafe auch wirklich verbüsst hat; — der betreffende gerichtlich als blödsinnig erklärte Curande hat aber zufällig, bevor er seinem gerichtlich bestellten Curator die Stiefel gestohlen hat, beim competenten Civilgericht ein Gesuch um die Aufhebung der über ihn verhängten Curatel eingereicht; das Civilgericht hat aber erst am vorletzten Tag der Strafhaft den unfreiwilligen Aufenthalt des Curanden im Arreste eruirt und durch die nach dessen Entlassung aus der Strafhaft über Auftrag des Civilgerichtes wegen angesuchter Curatelsaufhebung vorgenommene Geistesuntersuchung wurde der unveränderte Fortbestand des früher nachgewiesenen Blödsinns constatirt.

Als das Strafgericht von dem Umstand, dass der Verurtheilte wegen Blödsinn schon früher unter Curatel stand, Kenntniss erhielt, hat es ohne dass es eine neuerliche, die Zurechnungsfähigkeit zur Zeit des Stiefeldiebstahls klarstellende Geistesuntersuchung anordnete, die Verurtheilung des betreffenden Blödsinnigen als strafprocessordnungsmässig nicht zulässig, aufgehoben — allerdings hat der noch immer blödsinnige Curand inzwischen trotz der gerichtlich aufgehobenen Rechtsfolgen

seiner Verurtheilung seine 2monatliche Arresstrafe bereits verbüsst gehabt.

Jedenfalls handelt es sich hier mit Rücksicht auf den Fall der Marie Kruger um die Nothwendigkeit einer principiellen Entscheidung, ob eine von einem Civilgerichte wegen Geistesstörung verhängte Curatel, während deren Bestandes vom Curanden eine gesetzwidrige Handlung verübt wird, als ein von vorneherein die strafrechtliche Zurechnung aufhebendes Moment anzusehen ist.

Nach meiner Auffassung entfällt bei einer wegen gerichtlich erhobener Geistesstörung unter Curatel gestellten Person, in solange die Curatel nicht aufgehoben ist, die Nothwendigkeit einer im Auftrage des Strafgerichtes bezüglich der Constatirung der Zurechnungsfähigkeit vorzunehmende Geistesuntersuchung, wenn eine solch' geisteskrank erklärte Person eine gesetzwidrige Handlung begeht. In einem solchen Falle kann man dem Gerichte nicht einmal ungerechtfertigte Sparsamkeit durch Nichteinleitung einer gerichtsärztlichen Geistesuntersuchung zum Vorwurfe machen.

Die vorerwähnte Frage hat aber eine um so grössere Bedeutung in jenen Fällen, in denen Geistesgestörte, die während ihres Aufenthaltes in einer Irrenanstalt von der Gerichtscommission wohl noch als krank befunden, aber in Rücksicht der noch anzuhoffenden Besserung noch nicht als geisteskrank erklärt wurden, die jedoch vor Ablauf der von dem Gerichte behufs Wiederholung der Untersuchung und Abgabe eines definitiven Gutachtens als noch ungeheilt gegen Revers aus der Irrenanstalt entnommen werden; dann aber trotz der von der Anstaltsdirection dem Gerichte gemachten Entlassungsanzeige die eingeleitete gerichtliche Erhebung des Geisteszustandes nicht finalisirt, sondern einfach ad acta gelegt wird und so aus Irrenanstalten als ungeheilt gegen Revers entlassene Pfleglinge vom Civil-Gerichte als Personen sui juris betrachtet und behandelt werden; — ja es sind mir Fälle bekannt, in denen so gegen Revers als ungeheilt entlassene geistesgestörte Personen bei den Gerichten vergeblich um die Finalisirung der Erhebung ihres Geisteszustandes durch Vornahme einer Schlussbegutachtung desselben ansuchten, um durch einen ge-

richtlichen Ausspruch der Beschränkung enthoben zu werden, die ihnen dadurch erwuchsen, dass sie vom Reversaussteller als ungeheilt gegen Revers der Irrenanstalt entnommen wurden.

Wie es solchen Personen in Bezug der gerichtlichen Beurtheilung ihrer Zurechnungsfähigkeit ergehen dürfte nach etwaiger Verübung einer gesetzwidrigen Handlung lässt sich aus dem Fall der Marie Kruger zur Genüge entnehmen.

Es ist daher sowohl in strafgerichtlicher, wie in civilrechtlicher Hinsicht von Wichtigkeit, die civilgerichtlichen Geistesuntersuchungen von, gegen Revers, als noch nicht geistesgesund, aus Irrenanstalten entnommenen Geisteskranken nicht einfach ad acta zu legen, sondern gerichtsordnungsmässig zu finalisiren.

Ich habe bereits vor Jahren und wiederholt bei verschiedenen Anlässen durch Wort und Schrift auf diese Anomalien hingewiesen.

In ärztlichen Kreisen musste auffallen, dass bei der neuerlichen, im Auftrage des Strafgerichtes vorgenommenen Geistesuntersuchung der Marie Kruger die Gerichtsärzte, die bei der früheren, im Auftrage des Strafgerichtes und Civilgerichtes vorgenommenen Geistesuntersuchung intervenirten, nicht beigezogen worden sind, wie man erzählte, um ganz unbefangenen Aerzten die Untersuchung zu übertragen. Für ferner Stehende könnte ein solches Ausschliessen die Annahme anregen, als ob das Strafgericht die Aerzte, welche früher die Marie Kruger in den unter ihren Amtseid abgegebenen Gutachten für blödsinnig erklärten, für befangen hielt oder deren früheres Gutachten nicht für genügend begründet, da ja nach der sonst üblichen Gepflogenheit eine Aenderung in der Person der explorirenden Aerzte nur dann stattfindet, wenn die einzelnen Aerzte in ihren gutächtlichen Aeusserungen differiren.

Die Sache gewinnt aber in diesem Falle einen um so auffälligeren Charakter, als zur Exploration der Marie Kruger auch ein ausserhalb des gerichtsärztlichen Standes stehender, wenn gewiss auch ganz erfahrener College mit der Untersuchung betraut worden ist.

Dem Gerichte steht allerdings das Recht zu, sich nach seinem Ermessen die ärztlichen Sachverständigen auszuwählen.

Aus den hier vorausgeschickten Darlegungen ergiebt sich, dass der Fall „Marie Kruger“ eine ganze Mannigfaltigkeit interessanter Gesichtspunkte zur Erörterung aufdrängt, von denen ich nur die voraus angedeuteten herausgegriffen habe und dass es betreff des Rechtsschutzes der Geistesgestörten in foro und überhaupt betreff der Proceduren bei Gerichtsverhandlungen gegenüber geistesgestörten Personen u. s. w. noch eine Reihe von ungelösten oder nicht genügend gelösten Fragen giebt und dass demnach die von mir bereits im J. 1859 gegebene, seit der Zeit wiederholt, allerdings meist erfolglos versuchte Anregung, auf dem Gebiete der sog. Irrengesetzgebung zeitgemässe Reformen durchzuführen, gewiss nur begründet erscheint; allerdings bietet die jetzige Zeit, in der man sich mehr mit politischen und staatsrechtlichen, als mit den materiellen Rechtsfragen zu befassen Anlass nimmt, keinen günstigen Zeitpunkt; immerhin aber ist es eine Pflicht des Fachmannes und schadet es nicht, vorkommende Fälle immer wieder zu benützen, um die Aufmerksamkeit der competenten Organe und Behörden auf die Lücken und Mängel und Widersprüche auf diesem Gebiete der Gesetzgebung hinzulenken.

In dem zweiten Theile seines Aufsatzes nahm Dr. *Witlacil* Anlass, den Fall „Marie Kruger“ in seinen Beziehungen zur Administration und öffentlichen Verwaltung zu besprechen, wobei er bemerkte: dass sich da Mancherlei finde, was sehr vom Uebel sei.

Da die in diesem Abschnitte gebrachten Bemerkungen sich auf jene Verhältnisse beziehen, die zum Theil mittel- oder unmittelbar in den Wirkungskreis des Directors einer öffentlichen Irrenanstalt fallen, manche Bemerkungen ganz speciell das Vorgehen der Direction der n. ö. Landes-Irrenanstalt zu Wien betreffen, so ist es naturgemäss, dass ich diesen Theil der Erörterungen *Witlacil*'s nicht unberücksichtiget lassen darf. *Witlacil* hat in ganz loyaler Weise die Punkte genau präcisirt, die er überhaupt anlässlich des vorgekommenen Falles „Kruger“ i ministrativer Hinsicht für unzulässig findet und specie

jene Punkte angedeutet, die auf's Kerbholz der Wiener Irrenhausdirection aufzutragen seien.

Ich erörtere *Witlacil's* bezughabende Bemerkungen punktweise zusammengefasst.

1. *Witlacil* bemerkt zunächst:

Die Uebersetzung der Marie Kruger aus der Wiener Landes-Irrenanstalt in die städtische Versorgungsanstalt ist unzulässig gewesen. Dahin habe sie nicht gehört; dies habe der Erfolg gezeigt und sei auch theoretisch vorauszusetzen gewesen; weil in einem Versorgungshause die für Geistesgestörte nothwendigen Einrichtungen fehlen; sie hätte in die Irren-Siechenanstalt nach Klosterneuburg gehört, die für unheilbare Irre bestimmt sei; man habe sie wahrscheinlich wegen Platzmangel nicht dahin gegeben. Geisteskranke, und seien es auch nur blödsinnige gehören nicht in Versorgungshäuser; Mangel an Raum in den Irrenanstalten und die ganz unbegründete Annahme, dass Blödsinnige meist ungefährlich seien, hätten zu einer sehr laxen Praxis in dieser Richtung geführt, so dass sich sowohl in den städtischen Versorgungshäusern, wie in den kleinen Gemeindearmenhäusern Blödsinnige und auch andere angeblich ruhige Geisteskranke befänden, die ihre Umgebung belästigen, gefährden und selbst des nothwendigen Schutzes entbehren und da sie frei verkehren, jeden Augenblick Schaden bringen können. Solche unheilbare Geisteskranke sollen in den Irrenanstalten untergebracht und auch dort behalten werden. Habe man keinen Raum, müsse man solchen schaffen.

Den hier voraus angeführten Ansichten *Witlacil's* gegenüber muss ich Nachstehendes bemerken.

Aus der Eingangs angeführten Krankengeschichte ist zu entnehmen, dass sich Marie Kruger während ihres 13 monatlichen Aufenthaltes in der Irrenanstalt als eine ganz ruhige, fleissige und arbeitsame Person erwies, die speciell durch einen Zeitraum von 9 Monaten und zwar, wie ich hier beifüge, über

ihre Bitte in der Familie des Oberwärters der Frauenabtheilung Dienstmädchendienste zur vollsten Zufriedenheit versah, im Kreise dieser Familie auch stets mit den kleinen Kindern des Oberwärters verkehrte, sich nach übereinstimmenden Angaben und Wahrnehmungen aller Anstaltsorgane, die sie während ihres Anstaltsaufenthaltes beobachteten, als eine ganz ruhige, leicht lenkbare geistesschwache Person erwies. Dieselbe zeigte während ihres Aufenthaltes in der Anstalt auch keine Aeusserung von Bosheit und Geneigtheit zu Excessen, wie selbe namentlich in der Strafanstalt zu Neudorf und während des Zusammenseins mit einzelnen Verwandten vorgetreten sein sollen. Sie zeigte Anhänglichkeit an die Familie des Oberwärters und speciell auch an dessen kleine Kinder.

Es zeigte sich daher in diesem, wie in so vielen anderen Fällen, dass die ausserhalb der Anstalten bei solchen Geisteskranken vortretenden Aufregungen zum grossen Theil durch äussere Verhältnisse künstlich provocirt sind, in manchen Fällen ganz unabhängig von dem Verhalten von Personen durch das Leben unter inadäquaten äusseren Lebensverhältnissen, in einer Reihe von Fällen durch eine ganz unverständige Behandlung solcher Kranken, und an aus Strafhäusern in die Irrenanstalten zugewachsenen, angeblich zu Excessen geneigten geisteskranken Sträflingen überzeugen sich die Irrenärzte vielfach, dass bei manchen derselben die Aufregungen nur dadurch veranlasst werden, dass in den Strafanstalten die Umgebung solcher geisteskranker Sträflinge einerseits keine Ahnung von dem Kranksein der betreffenden Sträflinge hat und andererseits kein Verständniss im Umgang mit Geistesgestörten, und in dieser Richtung fehlt es auch den Mitgliedern religiöser Körperschaften mitunter an dem gehörigen Verständniss.

Der in der Krankengeschichte sub 13. März 1880 angeführte Vorfall bietet eine weitere Illustration, welche Behandlung die Marie Kruger seitens einer ihrer früheren Dienstgeberinnen erfuhr, ohne dass es übrigens bei der Kranken zu einer Aufregung kam.

Geistesgestörte, speciell geistesschwache Personen, die bei entsprechender Behandlung in der Anstalt Monate- oder Jahre-

lang sich ganz ruhig und harmlos erwiesen, blos deshalb in den Irrenanstalten zurückzubehalten, weil sie ausserhalb der Anstalt mit Personen zusammenkommen dürften, die kein Verständniss im Umgang mit Geistesgestörten besitzen, liesse sich wohl kaum rechtfertigen. Dazu würden auch die Irrenanstalten gar nicht ausreichen und die reichsten Länder nicht die Mittel aufbringen. Insolange man übrigens für solche geistesgestörte Pfleglinge keine entsprechende Unterkunft in der Privatpflege ermittelt hat, werden auch solche in den Anstalten als harmlos sich erweisende Geisteskranke nicht aus der Anstalt entlassen. Für die in einer Irrenanstalt verpflegten unheilbaren Geistesgestörten giebt es nach den bestehenden Statuten der n. ö. Landes-Irrenanstalten einen dreifachen Entlassungsmodus; und zwar a) die Entlassung in Privatpflege gegen einen mit der Zustimmung des Curators gefertigten und Seitens der competenten politischen oder Polizeibehörde amtlich vidirten Revers, auf welchem von letztgenannter Behörde amtlich bestätiget wird, dass der Reversaussteller zur Uebernahme des betreffenden Kranken legitimirt und dass derselbe in der Lage ist, die im Reverse angegebenen Bedingungen zu erfüllen.

b) Die Uebersetzung in eine andere Irrenanstalt, sei es n. ö. Landes- oder in eine andere Kronlands-Irrenanstalt, wobei die Kranken entweder durch Organe der Wiener Anstalt dahin begleitet oder vom Personale der betreffenden Anstalt abgeholt werden.

c) Die Uebersetzung ruhiger, in der Irrenanstalt nicht störender, unheilbarer Geistesgestörter in die communalen Versorgungsanstalten.

Der Umstand, dass die wenigsten Gemeinden entsprechend eingerichtete Versorgungsanstalten besitzen, macht es schwierig, von diesem Entlassungsmodus einen häufigeren Gebrauch zu machen, da ja auch die Anstaltsärzte, um den Ausdruck des Dr. *Witlacil* zu gebrauchen, theoretisch voraussetzen, dass die meisten Gemeinden keine geeigneten Versorgungshäuser besitzen, um selbst unheilbare, harmlose Geistesgestörte unterzubringen und den Anstaltsdirectionen nur zu gut bekannt ist, dass gar manche Geistesgestörte, die in einem ganz ruhigen

Zustand als harmlose Pfleglinge der communalen Versorgung zugeführt werden, ganz kurze Zeit nach ihrer Uebersetzung künstlich in eine Aufregung versetzt werden, sei es durch ein mit der Behandlung in der Irrenanstalt vollständig contrastirendes Verhalten gegen die Kranken, sei es durch Mangel jeder Beaufsichtigung, sei es durch aufreizendes Benehmen Seitens der sog. Stubenväter und Stubenmütter oder anderer Gemeindebediensteter, sei es durch unbeengten Verkehr in den Branntweinschänken. Sind ja sogar Fälle bekannt, dass den aus der Irrenanstalt in die Gemeinde-Versorgungshäuser versetzten Pfleglingen bei ihrer Ankunft dortselbst ganz ohne Scheu zum Willkomm die Schnapsflasche gereicht worden ist; dass unter solchen Verhältnissen geistesschwache Individuen sehr bald rückfällig werden, darüber darf man sich dann nicht wundern; — dann kommt es zu Zank und Streit, häufig auch anlässlich der rücksichtslosen Ausnützung dieser Pfleglinge durch Versorgunghausbedienstete, der aus der Irrenanstalt angekommene Pflegling schreit, schimpft, excedirt im halb- oder ganz trunkenen Zustand, spricht Drohungen aus, verbrennt einige Zündhölzchen, — dann ist der objective Thatbestand der gemeingefährlichen Handlung vorliegend und der harmlos aus der Irrenanstalt in die Gemeindeversorgung übersetzte Geistesgestörte wird als rückfällig und gemeingefährlich in die Irrenanstalt zurücktransferirt. Von mehreren so rückgebrachten Pfleglingen hörte ich ganz interessante Schilderungen, gar manche empfanden namentlich den in Gemeinde-Versorgungshäusern cultivirten Müssiggang als einen der ärgsten Mängel im Gegensatze zu ihrer regelmässigen Beschäftigung in der Irrenanstalt.

Solche Vorkommnisse haben zur Folge, dass, wie dies auch die statistischen Ausweise ergeben, die Versetzung von unheilbaren ruhigen Geistesgestörten in die communalen Versorgungsanstalten nur ganz ausnahmsweise erfolgt.

Ich berufe mich diesbezüglich auf die Jahresausweise der öffentlichen Anstalten, die ja Hrn. Dr. *Witlacil* als Mitglied des n. ö. Landes-Sanitätsrathes auch zur Einsicht stehen, und glaube ich den Ausspruch des Hrn. Dr. *Witlacil* dahin gehend,

dass bezüglich der Uebersetzung von Blödsinnigen in die communalen Versorgungsanstalten eine sehr laxe Praxis Platz gegriffen habe, rücksichtlich der Wiener Landes-Irrenanstalt und wie ich glaube, auch bezüglich der Ibbser- und Klosterneuburger Irrenanstalten als einen ganz ungerechtfertigten erklären zu müssen. Anders verhält es sich zum Theile bezüglich der Uebersetzung von unheilbaren in der Irrenanstalt ruhigen Geistesgestörten in die Versorgungsanstalten der Stadt Wien. In diese Versorgungsanstalten werden die nach Wien heimatszuständigen, in der Irrenanstalt ruhigen, nicht störenden unheilbaren Geistesgestörten, insofern selbe nicht in die Pflege einer Familie gegen Revers übergeben werden können, nach stattgefundener entsprechender Beobachtungszeit übersetzt, und dieses Vorgehen halte ich gegenüber der entgegengesetzten Ansicht des Hrn. Dr. *Witlacil* für vollkommen gerechtfertigt und zwar zunächst vom gesetzlichen Standpunkte, weil die Uebersetzung unheilbarer, ungefährlicher Geistesgestörter in die communale Verpflegung nach den bestehenden positiven Gesetzen (Sanitätsgesetz vom 30. April 1870 und Ministerialverordnung vom 14. Mai 1874 und nach den Bestimmungen des Heimatsgesetzes und des Gemeindegesetzes) unzweifelhaft stattfinden kann; bei den Wiener Versorgungsanstalten kommt aber noch insbesondere der Umstand in Betracht, dass der Wiener Gemeinderath bezüglich der Reformen der Versorgungsanstalten der Stadt Wien durch eigene Beschlüsse normirt hat, dass in den städtischen Versorgungsanstalten zu Ibbs und im sog. Altgebäude der Wiener Versorgungsanstalt am Alserbache für die entsprechende Unterbringung unheilbarer, nicht gemeingefährlicher Geistesgestörter vorgesorgt wird.

Dass diese Beschlüsse vom Wiener Gemeinderathe gefasst worden sind, dürfte wohl auch Hrn. Sanitätsrath Dr. *Witlacil* nicht unbekannt sein.

Zur entsprechenden Unterbringung Geistesgestörter in einer Versorgungsanstalt gehört aber nicht blos die Verpflegung und Verköstigung, sondern auch die entsprechende Ueberwachung der be-

treffenden Geistesgestörten und Pfründnern; denn darüber besteht wohl auch in Laienkreisen kaum ein Zweifel, dass auch ein unheilbarer harmloser Geistesgestörter in einer communalen Versorgungsanstalt überwacht werden muss und wenn dies nicht geschieht, so darf man sich nicht wundern, wenn solche Pfründner wegen Mangel der naturgemässen Ueberwachung in den Versorgungsanstalten erst gemeingefährlich werden.

Die Nothwendigkeit der Ueberwachung geistesgestörter Pfrüudner in den städtischen Versorgungsanstalten Wiens wurde aber auch in den maassgebenden Kreisen nie verkannt; denn sonst hätte man nicht durch eigene Gemeinderathsbeschlüsse nur bestimmte Versorgungsanstalten und in diesen wieder nur bestimmte Gebäudeabtheilungen für die Unterbringung der geistesgestörten Pfründner auserwählt; man hätte dann nicht ein Wart- und Aufsichtspersonal für diese geistesgestörten Pfründner bestellt, auch ist es gewiss kein blosser Zufall, dass man in den städtischen Versorgungsanstalten der Stadt Wien 3 Hausärzte angestellt findet, die speciell in der Wiener Landes-Irrenanstalt secundarärztliche Dienste geleistet haben. Ob nun die baulichen, die Organisations- und administrativen Einrichtungen in den Wiener städtischen Versorgungsanstalten den psychiatrischen und Sicherheitsanforderungen entsprechen, dies zu beurtheilen, zu entscheiden und zu controliren fällt nicht in die Competenz der Direction der Wiener Landes-Irrenanstalt, sondern ist Aufgabe zunächst des den städtischen Sanitätsdienst überwachenden Stadtphysikates; dann aber des, das ganze Sanitätswesen Niederösterreichs controlirenden Landes-Sanitätsreferenten der k. k. n. ö. Statthalterei — endlich steht jedem Mitgliede des n. ö. Landes-Sanitätsrathes das Recht zu, aus eigener Initiative betreff der etwaig wahrgenommenen Mängel und Gebrechen im Landes-Sanitätsrathe Verbesserungs- oder Reformanträge zu stellen.

Es ist allerdings nicht unbekannt, dass unter den heutigen Zeitverhältnissen sowohl bei der Commune, wie beim Staate die Sanitätsreferenten und zu diesen rechne ich auch die k. k. Bezirksärzte bezüglich der Durchführung der

der Natur der Sache nach nothwendigen Vorkehrungen einen schwierigen Stand haben und dass aus verschiedenen, nicht immer in dem Willenskreise der Sanitätsreferenten gelegenen Motiven in maassgebenden Kreisen Unterlassungen in Bezug der Durchführung sanitärer Maassnahmen mitunter eine nachsichtsvollere Beurtheilung finden.

Für die Irrenanstaltsdirection ist maassgebend, dass die Wiener Versorgungsanstalten gesetzlich dazu bestimmt sind, nach Wien heimatszuständige, unheilbare, bei entsprechender Verpflegung und Ueberwachung ungefährliche Geistesgestörte aufzunehmen. Diese Verpflichtung geht auch aus der Entscheidung des Verwaltungsgerichtshofes vom 9. November 1878 Z. 1777 unzweifelhaft hervor.

Ob und wie die Commune Wien der ihr diesbezüglich obliegenden Verpflichtung nachkommt, kommt hier weder vom theoretischen, noch vom practischen Standpunkt in Betracht, vom theoretischen Standpunkt muss man voraussetzen, dass die städtischen Versorgungsanstalten so eingerichtet sind, dass die vorerwähnten Geistesgestörten dortselbst entsprechend untergebracht und überwacht werden, und vom practischen Standpunkt muss man darauf Bedacht nehmen, Geisteskranke, die für die Unterbringung in einer Versorgungsanstalt geeignet sind, aus den Irrenanstalten dahin zu übersetzen, um in der Irrenanstalt wieder Platz zu gewinnen für neuankommende Kranke. Dies ist eine naturgemässe Forderung einer rationellen Administration.

Aber auch das vergleichende Studium der in den verschiedenen europäischen Staaten, die öffentliche Irrenpflege betreffenden gesetzlichen Bestimmungen ergiebt, dass in allen civilisirten Staaten in grösserem oder engerem Umfange die Gemeinden mit herangezogen sind, an den Aufgaben der öffentlichen Irrenfürsorge sich zu betheiligen, so ist es in England, Schottland, Frankreich, Belgien, Holland, Norwegen, Schweden, in den verschiedenen deutschen Staaten u. s. w.

Der Modus, in welchem dieses geschieht, ist allerdings verschieden; so haben einzelne grössere Stadtvertretungen ihre eigenen Irrenanstalten, wie Berlin, Christiania, Paris, London,

die Hansestädte, Hamburg, Bremen, Lübeck, in anderen Ländern sind an manchen Orten die verschieden benannten communalen Versorgungsanstalten, kurz, man findet in den verschiedensten Ländern, in denen die auf das Irrenwesen bezughabende Legislation mindestens ebenso hoch oder höher entwickelt ist, als bei uns in Oesterreich, dass die Gemeinden mit herangezogen werden, in bestimmtem Umfange an der Lösung der Aufgaben bezüglich der öffentlichen Irrenpflege mitzuwirken.

Es lässt sich daher auch nicht aus dem Hinweis auf andere Staaten ableiten, warum in Oesterreich, speciell in Wien, die Gemeinde nicht Antheil nehmen solle an der Lösung der Aufgaben der öffentlichen Irrenfürsorge. Da bei Lösung dieser Frage nicht blos der theoretische, ideale, sondern auch der practische, d. h. auf gut deutsch, der Geldstandpunkt in Betracht kommt, so ist wohl nicht zu übersehen, dass die vergleichende Statistik lehrt, dass die Verpflegung der unheilbaren Geistesgestörten in den öffentlichen Irrenanstalten per Tag und Kopf namhaft höher zu stehen kommt, als in den sog. communalen Versorgungsanstalten.

Es mag sein und ist wohl darin begründet, weil die Verpflegungsverhältnisse in den communalen Versorgungsanstalten einfacher sind, als in den Irrenanstalten; *allein menschenwürdig muss oder soll auch in den städtischen Versorgungsanstalten die Unterbringung, Verpflegung und Ueberwachung der geisteskranken Pfründner sein*; sonst müsste ja die Staatsbehörde von Amtswegen dagegen einschreiten und zwar in erster Linie die mit der Ueberwachung der Sanitätsanstalten und des Sanitätsdienstes betrauten Amtsärzte.

So richtig es vom theoretischen Standpunkte ist, dass unheilbare Geistesgestörte in einer Irrenanstalt zweckmässiger untergebracht sind, als in der Mehrzahl von communalen Versorgungsanstalten, so muss man eben doch auch mit den gegebenen Verhältnissen und speciell mit den wirthschaftlichen und finanziellen Verhältnissen rechnen und *insofern für eine Kategorie von siechen Geisteskranken entsprechen unter billigeren Verhältnissen vorg*

kann, lässt sich vom volkswirthschaftlichen und finanziellen Standpunkte kaum ablehnen, diesen Verpflegungsmodus mit zu benutzen.

Aufgabe der Gemeinden ist es, durch rationelle Administration um relativ geringere Kosten eine entsprechende und humane Verpflegung und Ueberwachung, siecher Geistesgestörter herzustellen. Die Gemeinden haben ja gewiss nicht das Privilegium, die von ihnen verpflegten Geistesgestörten inhuman und irrationell zu verpflegen und ungenügend zu überwachen; mir ist wenigstens von einem solchen im Gesetze begründeten Privilegium der Gemeinden nichts bekannt. Die Adoptirung des Systems der agrikolen Irrencolonien, die Einführung des Systemes der eigenen Regie, die Vereinigung der Gemeinden mehrerer Bezirke zur Errichtung einer gemeinsamen, nach dem Colonisationssystem eingerichteten Versorgungsanstalt, die Unterstützung solcher Unternehmungen Seitens der Landesfonds bieten Gewähr für die practische Lösung dieser Aufgaben unter Benutzung des Vorbildes der Gheeler Irrencolonie, zum Theil des Vorbildes der sog. Bettler-Colonien in Nordholland, der Irrencolonisation in Neuscherbitz etc. Sache der Staatsbehörde aber ist es und bleibt es, darüber zu wachen, dass auch die Gemeinden bezüglich der ihnen obliegenden Aufgaben halbwegs ihren Verpflichtungen nachkommen, damit die in den Versorgungsanstalten untergebrachten siechen Geistesgestörten ihre Umgebung nicht belästigen und gefährden und nicht selbst des nothwendigen Schutzes entbehren und dadurch, dass sie ganz unbeaufsichtigt bleiben und unbeaufsichtigt verkehren, jeden Augenblick Schaden leiden oder Schaden bringen können.

Kleinere Gemeinden sollen sich, wenn sie für sich allein diesen Aufgaben nicht gewachsen sind, durch die Vereinigung mit einer grösseren Zahl von Nachbarsgemeinden diese Aufgaben erleichtern.

Die Staatsbehörde revidire auch die Statuten derjenigen Versorgungsanstalten, die unheilbare, sieche Geistesgestörte in grösserer Zahl beherbergen, deren Hausordnungen und die

Dienstinstructionen der dort Angestellten, controllire aber auch deren Durchführung — und dort, wo gar keine solchen Bestimmungen bestehen, ordne man selbe an; dann wird sogleich mancher Uebelstand schwinden. Solche Maassregeln lassen sich durchführen, ohne dass für die Gemeinden, die schon Versorgungsanstalten haben, höhere Geldauslagen erwachsen; — es wird durch unzweckmässige Organisation und Administration viel Geld ganz unnöthig vergeudet und verzettelt und lässt sich in manchen städtischen Versorgungsanstalten, um den jetzt erforderlichen Betrag eine exactere Verpflegung und Ueberwachung geistesgestörter unheilbarer Pfründner erzielen.

Bezüglich der sub Punkt 1. angedeuteten Bemerkungen des Dr. *Witlacil* kann ich daher demselben nicht beistimmen.

Selbst der k. k. Verwaltungsgerichtshof hat in seinem Erkenntniss vom 9. November 1878 Z. 1777 erkannt, dass die Stadtgemeinde Wien allerdings nicht zur Herstellung und Bereithaltung einer für den Irren-Heilzweck eingerichteten Anstalt verpflichtet sei, dagegen zur Erfüllung der ihr nach den Bestimmungen des Heimatsgesetzes und der Ministerialverordnung vom 14. Mai 1874 obliegenden Pflichten der Fürsorge für arme, unheilbare zur Versorgung durch die Gemeinde geeignete Geistesgestörte.

2. Die Versorgungsanstalt, sagt Dr. *Witlacil,* ist keine Detentionsanstalt; sie könne also ihre Pfleglinge nicht zurückhalten und halte sie nicht zurück; sie habe demnach auch die Kruger wieder sehr bald entlassen — aber gegen Revers; man habe daher gewusst, dass die Kruger geisteskrank sei; man habe sie wahrscheinlich mit der Verpflichtung übernommen, sie nur gegen Revers zu entlassen und diese Entlassung sei dann erfolgt.

Die Frage: ob die städtischen Versorgungsanstalten Detentionsanstalten sind oder nicht? ist nicht so leicht zu beantworten, wie dies Seitens des Hrn. Collegen Dr. *Witlacil* geschah.

In erster Linie handelt es sich um eine genaue Feststellung des Begriffes „Detentionsanstalt". Nennt man eine

Detentionsanstalt eine Anstalt, deren Bewohner zu Folge gewisser Bestimmungen nach ihrem Belieben die Anstalt zu der ihnen gefälligen Zeit zu gewissen Zeiten gar nicht verlassen dürfen, so gehört auch eine Versorgungsanstalt in die Kategorie einer Detentionsanstalt.

Eine Irrenanstalt ist aber nach dem heutigen Stande der Irrenbehandlung keine Detentionsanstalt in dem von Hrn. Dr. *Witlacil* genommenen Sinne. Deshalb weil in einer Irrenanstalt gewisse Pfleglinge gar nicht, andere nur unter Beaufsichtigung zu den nach der Hausordnung festgesetzten Zeiten und unter den die Hausordnung vorgeschriebenen Normen die Anstalt verlassen darf, steht die Irrenanstalt der Neuzeit noch nicht in der Kategorie der Strafhaus-Detentionsanstalten.

Auch nicht aus dem Wiener allgemeinen Krankenhause und aus keinem gut administrirten Spital dürfen die Pfleglinge nach ihrem Belieben innerhalb der Krankenanstalt sich bewegen oder dieselbe nach ihrem Belieben veranlassen.

Und auch den Bewohnern der städtischen Versorgungsanstalten ist es nicht gestattet, nach ihrem Belieben diese Anstalten zu verlassen; ja viele Pfründner sollen oder dürfen, wenigstens in einer ordentlich administrirten Versorgunsgsanstalt, selbst in Rücksicht ihrer körperlichen Gebrechen nicht ohne Beaufsichtigung ausgehen; wie blinde, halbseitig gelähmte, altersgebrechliche u. s. w. Meines Wissens bestehen nun aber für die städtischen Versorgungsanstalten eigene Hausordnungen, welche sowohl den inneren Anstaltsverkehr der Pfründner regeln, wie insbesondere auch den Verkehr derselben mit der Aussenwelt und meines Wissens ist der Ausgang eines jeden, auch nicht geisteskranken Pfründners von der Bewilligung der Verwaltung abhängig, die nach dem Anstaltsstatut und der Hausordnung unter bestimmten Verhältnissen auch den Ausgang zu verweigern berechtigt ist. Von diesem Standpunkte aus ist daher auch eine Versorgungsanstalt, wenn man dieser Bestimmung wegen eine Irrenanstalt als Detentionsanstalt erklärt, gewiss auch als eine Detentionsanstalt zu betrachten.

man aber den Begriff „Detentionsanstalt" in dem

Sinne auf, dass unter gewissen Verhältnissen Bewohner einer solchen Anstalt abgeschlossen vom Verkehr mit der Aussenwelt oder vom unbeengten Verkehr in allen Räumen der Anstalt gehalten werden dürfen, so dass es vorkommen kann, dass einzelne Personen wider ihren Willen im engeren Gewahrsam gehalten werden, so muss ich im Hinblick auf den Inhalt der für die städtischen Versorgungsanstalten geltenden Hausordnung und Disciplinarvorschriften diese Versorgungsanstalten erst recht als Detentionsanstalten bezeichnen, da wie sich Hr. College Dr. *Witlacil* bei genauer Erhebung der Verhältnisse ohne Schwierigkeit überzeugen kann, in den städtischen Versorgunsgsanstalten dem Anstaltsverwalter nach abgehaltener Berathung mit dem 2. Verwaltungsbeamten und dem Hausarzte das Recht zusteht, excessive, der Hausordnung sich nicht fügende Pfründner im Disciplinarwege, um nicht zu sagen strafweise, für kürzere oder längere Zeit in enge Haft und Isolirung zu setzen.

Vielleicht interessirt es Hrn. Collegen Dr. *Witlacil,* diese Verhältnisse eingehender zu studieren und dürfte ihm speciell in dieser Beziehung die Versorgungsanstalt in Mauerbach interessantes Material bieten — übrigens auch die anderen Versorgungsanstalten.

Es ist mir nicht bekannt, welche Ausweise in den Versorgungsanstalten über diese Isolirungen geführt werden, ob und welche Controle in dieser Richtung stattfindet, ob sich überhaupt die politische Behörde um diese internen Angelegenheiten der Versorgungsanstalten kümmert, in welchem Umfange etwaigen Missbräuchen bezüglich der Anwendung dieser Maassregel vorgebeugt ist, im Geiste des Gesetzes zum Schutze der persönlichen Freiheit.

In den n. ö. Landes-Irrenanstalten wird sogar jede kurz dauernde Isolirung in einem eigenen Protocolle registrirt nach den von der n. ö. Landesvertretung vorgeschriebenen Normen und mit Recht; denn wir leben in einem Rechtsstaate, in dem sich auch der Irrenarzt gegenwärtig halten muss, dass er die Isolirung Geistesgestörter der vorgesetzten Behörde jederzeit rechtfertigen zu können in der Lage sein muss.

Nachdem mir nun bekannt ist, dass in den städt

Versorgungsanstalten hausordnungsgemäss die Isolirung von excessiven Pfründnern im disciplinaren Wege verfügt werden kann und thatsächlich verfügt wird, so sind daher auch die Versorgungsanstalten in diesem Sinne Detentionsanstalten und es ist gewiss nicht richtig: wenn Dr. *Witlacil* behauptet: eine Versorgungsanstalt könne ihre Pfleglinge nicht zurückhalten und halte sie nicht zurück. Die Seitens der Verwaltung verweigerten Ausgangsbewilligungen sind hierfür der sprechende Beweis. Es kann aber auch ein Pfründner, insolange er in der Versorgungsanstalt verpflegt wird, nicht nach seinem Belieben die Versorgungsanstalt verlassen, Beweis dafür die Fälle der vorgekommenen Fluchtversuche von Pfründnern. Wenn ein Pfründner die Versorgungsanstalt nach Belieben verlassen könnte, hätte er wohl nicht nöthig, einen Fluchtversuch zu machen. Wenn aber geistesgesunde Pfründner um den freien Ausgang nachsuchen müssen, so ist wohl kein vernünftiger Grund vorhanden, geistesgestörten Pfründnern eine grössere Freiheit zu gestatten, als geistesgesunden.

Der Charakter der Versorgungsanstalt als Detentionsanstalt ist aber noch dadurch gegeben, dass die Pründner der verschiedenen Versorgungsanstalten auch gegen ihren Willen über Verfügung der Verwaltung oder des Magistrates aus einer Versorgungsanstalt in die andere versetzt werden können.

Ob die in dieser Richtung bestehenden Vorschriften alle zweckentsprechend und gerechtfertigt sind, ist nicht meine Aufgabe hier zu erörtern.

Als gewesenes Mitglied des Wiener Gemeinderathes und speciell der Armen-Section kann ich sagen, dass die Organisation des Dienstes in den Wiener städtischen Versorgungsanstalten nicht in allen Richtungen meinen Anschauungen entspricht; darum braucht sich aber Niemand zu kümmern und hat sich auch Niemand gekümmert.

Die Frage, um die es sich aber hier speciell handelt, ist wohl die: ob die in einer städtischen Versorgungsanstalt untergebrachten siechen Geistesgestörten, einer analogen Ueberwachung unterstellt werden

müssen und sollen, wie die Pfleglinge einer Irrenanstalt, sei es im internen Anstaltsverkehr, sei es in Bezug des Verkehrs mit der Aussenwelt?

Und diese Frage muss wohl jeder mit den Verhältnissen und der Individualität geistesschwacher Personen vertrauter **unbedingt bejahen.** — Dr. *Witlacil* selbst hat übrigens dadurch, dass er die Gefährlichkeit selbst ganz harmloser unheilbarer Geisteskranker hervorhob, ganz unzweifelhaft ausgesprochen, wie diese Frage zu beantworten sei.

Gerade in dieser Richtung glaube ich aber, auf einen wunden Punkt bezüglich der Einrichtung und Organisation der städtischen Versorgungsanstalten hinweisen zu müssen. Schon die wohnliche Unterbringung und Location der siechen geistesgestörten Pfründner lässt in den Versorgungsanstalten vieles zu wünschen übrig, noch mehr die Ueberwachung, dann endlich die auf die Pflege und Ueberwachung dieser Pfründner bezughabende Dienstesorganisation. Man sagt zwar, eine Versorgungsanstalt sei keine Irrenanstalt, die Verhältnisse der Versorgungsanstalt seien ganz eigenthümlicher Art, sie hätte sich aus den Verhältnissen der Wiener Bevölkerung herausentwickelt u. dgl. Alle diese Ansichten — denn es sind ja doch blos nur Ansichten — überheben die Commune nicht der besonderen Vorsichtsmaassregeln, die man bei dem Zusammenleben mehrerer geistesgestörter Personen naturgemäss zu treffen hat.

Die geistesgestörten Pfründner sind in den Versorgungsanstalten nicht genügend gesondert von den geistesgesunden, sie sind ungenügend überwacht, sie unterstehen bezüglich ihrer disciplinaren Behandlung und der in's Bereich der psychischen Behandlung fallenden Verfügungen zum grössten und wesentlichsten Theile den Verwaltungsbeamten, denen naturgemäss jedwede psychiatrische Erfahrung fehlt. Der Arzt der Versorgungsanstalt, selbst der sog. leitende Arzt ist, man mag dies officiell auch noch so sehr in Abrede stellen, nur ein ganz untergeordnetes Organ selbst der untergeordneten Verwaltungsbeamten, um nicht zu sagen der Hausaufseher und es darf daher nicht Wunder nehmen, dass um die Ansicht der Aerzte bei Ertheilung von Ausgangsbewilligungen an geistes-

Pfründner gar nicht gefragt und deren Votum auch bezüglich anderer auf die Sicherheit einzelner Pfründner wesentlichen Einfluss übenden Verhältnisse höchstens nur nebenher berücksichtiget wird. Diese Verhältnisse klar zu stellen und abzustellen, insoweit es die sanitätspolizeilichen Vorschriften verlangen, ist Aufgabe der Staatsbehörde; denn der Staatsverwaltung obliegt auch die Controle der städtischen Versorgungsanstalten in sanitätspolizeilicher Hinsicht. Man habe nur den Muth, auf die Abstellung solcher Uebelstände, die gewiss auch nur im Interesse der Communalverwaltung liegen, hinzuwirken; nur darf eine solche Ueberwachung nicht in Kleinigkeitskrämerei und Chikanirung übergehen.

Dass die Versorgungsanstalt, beziehungsweise deren Verwaltung gleichfalls das Bestreben hat, die derselben übergebenen Pfründner, seien es geistesgesunde, wie geistesgestörte, ehemöglichst wieder los zu werden, das ist in der Natur der Verhältnisse begründet — cuneus cuneum trudit — der Magistrat wird vom Gemeinderath und die Versorgungshausverwaltung vom Magistrat gedrängt, die halbwegs entlassbaren Pfründner zu entlassen.

Ein Uebelstand, den zu nennen ich im Interesse der in den Versorgungsanstalten untergebrachten Pfründner nicht unterlassen darf, ist der Mangel entsprechender Beschäftigung der dort untergebrachten geisteskranken Pfründner und eine nicht geringe Zahl der von der Wiener Irrenanstalt dorthin übersetzten Pfleglinge, die in der Irrenanstalt zu den fleissigsten Arbeitern gehörten, waren in der städtischen Versorgungsanstalt zum Nichtsthun und zum Müssiggang verurtheilt — und bezeichneten selbst diesen Umstand als die Veranlassung ihrer neuerlich vorgetretenen Verschlimmerung ihres Zustandes. Müssiggang ist aller Laster Anfang, der den Weg ebnet zum Branntweingenuss, der in den mannigfachsten Formen in den städtischen Versorgungsanstalten ermöglicht ist, der Branntwein soll die durch Müssiggang erzeugte lange Weile verscheuchen, und auf diesem Weg kommen dann über kurz oder lang diese geistesschwachen Pfründner via Beobachtungsstation des allgemeinen Krankenhauses in verkommenem und geistig verlottertem Zustande wieder in die Irrenanstalt zurück.

Selbstverständlich war es der Verwaltung der Versorgungsanstalt bekannt, dass Marie Kruger nicht als geistesgesund, sondern als geistesgestört der Versorgungsanstalt übergeben wurde; es wurde ja via Wiener Magistrat der Verwaltung der Versorgungsanstalt eine Abschrift der in der Irrenanstalt geführten Krankengeschichte mitgetheilt, ebenso auch der Personalausweis, worin angegeben erscheint, dass sie wegen Blödsinn unter Curatel gesetzt wurde, wer ihr Curator sei u. s. w. Damit war naturgemäss ausgesprochen, dass Marie Kruger, insofern sie in der Versorgungsanstalt von ihrer Geistesstörung nicht genesen sollte, nur gegen Revers aus der Versorgungsanstalt entlassen werden konnte.

Dr. *Witlacil* stellte die Frage: Warum deren Entlassung gegen Revers erfolgt sei und fügt bei: man könne sich recht gut denken, dass die Kruger mit ihrem blödsinnigen Wesen und ihrem verkehrten Thun kein gern gesehener Gast in der Versorgungsanstalt war, und dass man froh gewesen sein dürfte, sich ihrer durch die Entlassung gegen Revers an die Wäscherin Thomaier entäussern zu können.

Ich kann zwar diese Annahme *Witlacil*'s nicht widerlegen, halte sie aber nicht für gerechtfertigt; denn den gepflogenen Erhebungen nach, hat sich die Marie Kruger während ihres Aufenthaltes in der städtischen Versorgungsanstalt monatelang ganz ruhig, anständig und ordnungsmässig benommen und hat auch in der Versorgungsanstalt Niemanden belästigt, ebenso wenig wie in der Irrenanstalt — und dieses ruhige Verhalten mag eben Anlass gegeben haben, sie Seitens der Versorgungshausverwaltung gegen Revers der Thomaier zu übergeben.

3. Da die Marie Kruger auf das Gutachten zweier Landesgerichtsärzte in die Irrenanstalt abgegeben wurde, ihre Gemeingefährlichkeit aus ihrer That bekannt war, so sei sie für die Gesellschaft unschädlich zu machen gewesen, die Irrenärzte konnten keine gegentheilige Ueberzeugung gewonnen haben; sie hätten sonst die Kruger nicht als eine unheilbare Blödsinnige dem Versorgungshause übergeben lassen können, sondern hätten erklären müssen, sie sei geheilt oder sie sei nie geisteskrank gewesen; die

Kruger sei sonach so lange in der Irren-Siechenanstalt zu halten gewesen, als sie nicht in eine vollkommen verlässliche Pflege und Ueberwachung genommen wurde. Die Versorgungsanstalt habe für diese Uebernahme nicht genügt; denn sie konnte nur die Verpflegung, aber nicht die Ueberwachung leisten.

Bezüglich dieser Bemerkungen *Witlacil's* kann ich mich kurz fassen, da selbe schon zum Theil in den Punkten 1 und 2 ihre Besprechung fanden.

Die Irrenärzte haben durch die mehr als 12monatliche Beobachtung die Ueberzeugung gewonnen, dass die Marie Kruger, die der Irrenanstalt als eine unter Umständen gefährliche Person übergeben wurde, unter den Verhältnissen, wie selbe in den städtischen Versorgungsanstalten bestehen sollen, eine durchaus ungefährliche Person sei, wie dies auch der Erfolg gezeigt hat; da Marie Kruger sich in der Versorgungsanstalt als eine ganz ruhige, harmlose Person erwiesen hat.

Die von Marie Kruger verübte gesetzwidrige Handlung wurde ja von ihr nicht während ihres Aufenthaltes in der Versorgungsanstalt, sondern erst nach ihrer Entlassung aus der Versorgungsanstalt verübt. Es ist daher nach logischer Schlussfolgerung nicht zulässig zu behaupten: weil die Marie Kruger nach ihrer Entlassung aus der Versorgungsanstalt die verbrecherische Handlung ausgeführt hat, habe sie nicht in die Versorgungsanstalt gepasst. Insolange die Marie Kruger in der Versorgungsanstalt den bestehenden Vorschriften gemäss untergebracht und überwacht war, war ihr die Möglichkeit benommen, die von ihr nach ihrer Entlassung aus der Versorgungsanstalt verübte Handlung zu begehen. Erst die Aufhebung der Ueberwachung nach der Entlassung aus der Versorgungsanstalt hat der Marie Kruger die Ausführung der gesetzwidrigen Handlung ermöglicht — nicht aber der

Umstand, dass sie aus der Irrenanstalt in die Versorgungsanstalt übersetzt worden ist.

Nachdem mit Rücksicht auf die bestehenden gesetzlichen Vorschriften Geisteskranke, welche unter den von Versorgungsanstalten nach den gesetzlichen Bestimmungen zu leistenden Verpflegungs- und Ueberwachungsverhältnissen zur Unterbringung dahin passen, dahin abgegeben werden können und seit dem Bestande der Irrenanstalten auch dahin thatsächlich abgegeben wurden, so kann ich auch den Ausspruch Dr. *Witlacil's* nicht gelten lassen, dahingehend: „Die Irrenärzte könnten keine gegentheilige Ueberzeugung gewonnen haben; sie hätten sonst nicht die Kruger als eine unheilbare Blödsinnige dem Versorgungshause übergeben lassen können, sondern hätten erklären müssen, sie sei geheilt oder sie sei nie geisteskrank gewesen."

Diese letztere Bemerkung *Witlacil's* ist mir überhaupt nicht ganz klar. Dr. *Witlacil* scheint eben von der Voraussetzung auszugehen, dass in eine Versorgungsanstalt Geistesgestörte nicht übersetzt werden können. — Wie bereits dargelegt, ist diese Voraussetzung und Ansicht nicht richtig.

Die Irrenärzte haben nach einer 13 monatlichen Beobachtung die Ueberzeugung gewonnen, dass die Marie Kruger, obwohl an unheilbarem Blödsinn leidend, unter den nach den bestehenden Vorschriften in der Versorgungsanstalt durchzuführenden Ueberwachungs- und Verpflegungsverhältnissen als eine unheilbare Geistesgestörte ohne Gefahr für ihre Umgebung verpflegt werden könne.

Hrn. Dr. *Witlacil* kann es als k. k. Bezirksarzt und Mitglied des n. ö. Landes-Sanitätsrathes nicht unbekannt sein, dass ruhige, unheilbare Geistesgestörte, die sich für die communale Versorgung eignen, dahin übersetzt werden können und sollen und es beruht daher seinerseits auf einer nicht zulässigen Voraussetzung, anzunehmen, dass in den Irrenanstalten befindliche ruhige, unheilbare Geistesgestörte, erst dann in die Versorgungsanstalt übersetzt werden dürfen, wenn sie von ihrer Geistesstörung geheilt sind: bei Annahme dieser Anschauung

kämen allerdings unheilbare Geistesgestörte nie in eine Versorgungsanstalt. — Dies ist aber nicht richtig; es sind vielmehr nach den bestehenden Bestimmungen unheilbare Geisteskranke trotz ihrer Unheilbarkeit in eine Versorgungsanstalt zu übersetzen, wenn sie sich für die Verpflegungsverhältnisse einer entsprechend eingerichteten Versorgungsanstalt eignen.

Und dies war bei Marie Kruger der Fall. Herr Dr. *Witlacil* hat den Nachweis nicht erbracht, dass bei Marie Kruger während ihres 6 monatlichen Aufenthaltes in der Versorgungsanstalt Aeusserungen gemeingefährlichen Charakters vorkamen. Wäre dieses der Fall gewesen, hätte die dortige Verwaltung die Kruger ganz gewiss ungesäumt via psychiatrische Beobachtungsstation des Krankenhauses in die Irrenanstalt zurückgeschickt, dies geschah aber nicht; sie war im Gegentheile mehr als 6 Monate in der Versorgungsanstalt, ohne dass der geringste Anstand vorgekommen ist; folglich kann man auch den Ausspruch des Dr. *Witlacil* nicht als berechtigt anerkennen, des Inhaltes: „Die Versorgungsanstalt hat für diese Uebernahme nicht genügt, denn sie konnte nur die Verpflegung, aber nicht die Ueberwachung leisten.“

Die Versorgungsanstalt hat während der ganzen Zeit, als die Kruger dort in Pflege stand, sowohl für die genügende Verpflegung, wie für die genügende Ueberwachung genügt. Die Versorgungsanstalt hat thatsächlich die Verpflegung und die Ueberwachung der Marie Kruger ordnungsmässig geleistet und es wurde von keiner Seite und auch nicht vom Herrn Dr. *Witlacil* der Beweis erbracht, dass dies nicht der Fall gewesen sei.

Die Irren-Anstaltsdirection kann auch nicht den von Herrn Dr. *Witlacil* gemachten Vorwurf gelten lassen, wenn er ihr gelten sollte, der dahin geht: dass man nach einer blos einjährigen Beobachtung von der Ungefährlichkeit der Marie Kruger noch nicht überzeugt sein konnte.

Die Irrenhaus-Direction hat die Marie Kruger nicht unter die Verhältnisse der Privatpflege ver-

setzt, sondern in die städtische Versorgunganstalt, und die einjährige Beobachtungszeit der Marie Kruger hat die genügende Ueberzeugung verschafft, dass Marie Kruger's Blödsinnigkeitszustand ein solcher sei, der unter den Verpflegungs- und Ueberwachungsverhältnissen der städtischen Versorgungsanstalt das Vortreten von Gemeingefährlichkeitsäusserung nicht besorgen lasse. Es lagen somit keine Gründe vor, die Marie Kruger noch durch längere Zeit in der Irrenanstalt zu beobachten.

Die Frage: Was die Versorgungshausverwaltung mit der Marie Kruger weiter verfügen wird, ob man sie von dort geheilt oder gegen Revers entlassen wird, ob man ihr dort gestattet, unter Aufsicht oder unbeaufsichtigt auszuzugehen? — diese Momente konnten der Irrenanstaltsdirection bei Entscheidung der Frage, ob die Kruger in die Versorgungsanstalt zu übersetzen sei oder nicht, nicht maassgebend sein. Die Irrenanstaltsdirection musste als naturgemäss voraussetzen, dass die Versorgungshausverwaltung in dieser Beziehung nach den bestehenden Vorschriften vorgehen wird und dass insofern es sich um die Entlassung der Marie Kruger aus der Versorgungsanstalt handeln sollte, die dortige Verwaltung einerseits den Befund ihrer Hausärzte über den Zustand der Kruger, gleichzeitig aber bei etwaiger Reversentlassung auch die diesfalls bestehenden Normen und Cautelen einhalten wird.

Es ist daher Seitens des Herrn Dr. *Witlacil* ungerecht, die Irrenanstalts-Direction für Vorkommnisse verantwortlich zu machen, die in den Umfang der Verantwortung der Versorgungshausverwaltung fallen.

4. Bemerkt Dr. *Witlacil:*

Es ist nicht rechtfertigbar gewesen, die an die Versorgungsanstalt übergebene Kruger nach wenigen Monaten der selbst vom Tagelohne lebenden Thomaier gegen einen völlig unverlässlichen Revers zu übergeben, der nichts anderes übrig

die Kruger wieder sich selbst zu überlassen. Geisteskranke, die unheilbar und gemeingefährlich sind, könnten Leuten, die vom Erwerbe leben, nicht zur Pflege und Ueberwachung übergeben werden. Da sich die Versorgungsanstalt bei Uebergabe der blödsinnigen Kruger von der Wäscherin Thomaier einen Revers geben liess, habe dieser nur den Sinn haben können, die fernere Verpflegung und Ueberwachung sicher zu stellen und es sei Pflicht der Versorgungsanstalt gewesen, sich zu informiren über die Verhältnisse der Reversausstellerin und hätte eine Behörde bestätigen sollen, ob dieselbe die Mittel besitze, die Uebernommene zu verpflegen und zu überwachen. Es sei geradezu lächerlich, aber zugleich traurig, zu sehen, in welcher Weise die Intentionen des Gesetzes ausgeführt werden. Was weiter geschehen würde, darum kümmere man sich nicht weiter; dafür sei man nicht verantwortlich. Bei Entlassung von Geisteskranken gegen Revers soll man nicht blos der Formalität genügen, sondern in jedem einzelnen Falle auch prüfen, ob der Reversaussteller in der Lage sei, die Pflege und Ueberwachung der Kranken zu leisten.

Diesen vorangeführten Ansichten *Witlacil's* wird man unter der Voraussetzung, wenn bei Reversentlassung wirklich so vorgegangen würde, nur vollinhaltlich beipflichten; da aber Dr. *Witlacil's* bezughabende Bemerkungen so allgemein gegehalten und so hingesteltt sind, dass der Nichteingeweihte nothwendigerweise glauben kann, ja glauben muss, wenn ein öffentlicher Sanitätsbeamter und Mitglied des Landes-Sanitätsrathes in so allgemein gehaltener Weise spricht, dass auch Seitens der Direction der Wiener Landes-Irrenanstalt bei Entlassung von Geisteskranken gegen Revers in der von Dr. *Witlacil* oben angegebenen Weise, nicht aber derart vorgegangen werde, wie es gesetzlich vorgeschrieben und ordnungsmässig ist, so sehe ich mich verpflichtet, gegen die so ganz allgemein ge-

haltene Fassung obiger Bemerkungen des Hrn. Dr. *Witlacil* Verwahrung einzulegen und beizufügen, dass wenigtens Seitens der Direction der Wiener Landes-Irrenanstalt diesbezüglich strenge nach den bestehenden Vorschriften vorgegangen wird und falls obige Bemerkungen auch auf die Wiener Landes-Irrenanstalt Bezug haben sollten, müsste ich darauf bestehen, dass Herr Dr. *Witlacil* den bezughabenden Beweis liefere und ich fordere Hrn. Dr. *Witlacil* auf, zu jeder Stunde die in der Verwaltungskanzlei der Wiener Landes-Irrenanstalt erliegenden Reverse zu revidiren, ob einem derselben, in dem Falle als der Anstalt vom Gerichte der Curator eines Kranken bekannt gegeben wurde, die zustimmende Unterschrift des Curators des Kranken und weiterhin, ob einem dieser Entlassungsreverse die amtliche Bestätigung der k. k. Polizei- oder der competenten politischen Ortsbehörde fehlt, dahin gehend, dass der Reversaussteller zur Uebernahme des Kranken legitimirt und dass er auch in der Lage sei, die im Reverse eingegangenen Verpflichtungen zu erfüllen, d. i. den übernommenen Kranken mit aller Sorgfalt zu überwachen, dass er weder sich selbst, noch Anderen Schaden zufügen könne und für allen wegen Mangel der erforderlichen Aufsicht entstehenden Schaden zu haften."

Bevor man in einem weit verbreiteten medicinischen Blatte einen so allgemein gehaltenen Vorwurf und Tadel ausspricht, ist es die Pflicht eines Jeden, der für die Oeffentlichkeit schreibt, seine Bemerkungen so zu fassen, dass ungerechtfertigten Annahmen Seitens der Leser möglichst vorgebeugt ist.

Im Bewusstsein der bei der Reversentlassung von Kranken dem Anstaltsdirector auflastenden grossen Verantwortlichkeit habe ich stets strenge daran festgehalten, dass die im Interesse der Kranken, wie im Interesse der öffentlichen Sicherheit erlassenen bezughabenden Vorschriften genau und pünktlich eingehalten werden und berufe ich mich in dieser Beziehung auf das Zeugniss der betreffenden Uebernahm[illegible]

auf die Zeugenaussage der Anstaltsangestellten und ich kann beifügen, dass mir in dieser Richtung von mancher Seite eine übertriebene Rigorosität vorgeworfen wird, selbst von einzelnen Anstaltsangestellten, deren Urtheil mir allerdings auch in solchen Fällen sehr schätzenswerth, aber aus dem Grunde an sich allein nicht maassgebend ist, da nach dem Statute der Anstaltsdirector und nicht die ihm unterstehenden Anstaltsangestellten die Verantwortung für solche Entlassungen tragen und ich gewohnt bin, eine nach dem Gesetze mir obliegende Verantwortung selbst zu tragen.

Eine kurze Schilderung des Vorgehens bei Entlassung von Geistesgestörten aus der Wiener Landes-Irrenanstalt gegen Revers mag den Uneingeweihten klarstellen, ob diesfalls in der Wiener Landes-Irrenanstalt correct oder aber so vorgegangen wird, wie man nach den obigen Bemerkungen des Hrn. Dr. *Witlacil* vermuthen könnte.

Will Jemand einen in der Anstalt in Pflege befindlichen Geistesgestörten aus der Anstalt gegen Revers entnehmen, so hat er zuerst die Wohlmeinung des Primararztes der Abtheilung einzuholen, unter dessen Specialbeobachtung und Behandlung der Kranke gestellt ist und im Falle dieser mit Rücksicht auf den Zustand des Kranken dessen Entlassung gegen Revers unter den gesetzlich vorgeschriebenen Formen für zulässig erachtet, hat der Primararzt dem Director einen kurzen schriftlichen Bericht zu übermitteln; lautet dieser Bericht befürwortend und stimmt der Director diesem Berichte zu, wird von der Direction dem Reversbewerber ein gedrucktes Reversformular ausgefolgt mit der Weisung, dieses Formular in allen Rubriken auszufüllen, dann dem etwa bestellten provisorischen oder definitiven Curator zur Unterschrift vorzulegen, ob derselbe seine Zustimmung giebt, sodann dieses Formular der k. k. Polizeibehörde oder wo keine Polizeibehörde fungirt, der competenten politischen Ortsbehörde zu überreichen zur Erhebung und Entscheidung, ob der Reversaussteller zur Uebernahme des Kranken gehörig legitimirt und in der Lage ist, die im Reverse enthaltenen Bedingungen zu erfüllen.

Die betreffende Polizei- beziehungsweise politische Ortsbehörde wendet sich nun in einer amtlichen Zuschrift an die

Irrenanstalts-Direction um Auskunft über das Befinden des Kranken, sehr häufig unter Beifügung einzelner Daten über die äusseren und Wohnungsverhältnisse der Reversaussteller, wie es mit der bezughabenden Ueberwachung des Kranken stehen dürfte u. s. w. und stellt die Frage: ob unter den angedeuteten Verhältnissen die Entlassung gegen Revers mit Rücksicht auf den Krankheitszustand des zu Entlassenden angezeigt erscheine. Diese Anfrage der Behörde wird von der Irrenanstalts-Direction unter Angabe über den Zustand des Kranken und unter Beifügung der ärztlicherseits etwa als nothwendig erkannten besonderen Vorsichtsmaassregeln oder der etwaigen Bedenken gegen die Herausnahme an die k. k. Polizei- oder politische Ortsbehörde zurückgeschickt und erst dann entscheidet diese Behörde, ob sie den Revers unterfertigt oder nicht. Erst nach Ueberbringung des von der Behörde unterfertigten Reverses wird der Kranke dem Reversaussteller übergeben.

In den Fällen, in denen die Anstaltsärzte oder der Director die Entlassung eines Kranken gegen Revers nicht für angezeigt erachten, wird den betreffenden Partheien vom Director sogar die Ausfolgung eines als Drucksorte der Anstalt geführten Reversformulares verweigert, um nicht etwa die politische oder Polizeibehörde zu der Ansicht zu veranlassen, als wäre die Direction mit der Entlassung gegen Revers einverstanden, weil der Parthei ein gedrucktes Reversformular verabfolgt wurde und werden die Partheien in solchen Fällen angewiesen, falls sie auf der Herausnahme des Kranken bestehen, sich anderwärts den Revers ausfertigen zu lassen.

Daraus kann man entnehmen, wie rigoros Seitens der Direction der Wiener Landes-Irrenanstalt bei Entlassung von Kranken gegen Revers vorgegangen wird.

Die Polizeicommissariate wenden sich regelmässig an die Irrenanstalts-Direction mit der Anfrage über den Zustand der zu entlassenden Kranken und es wird auch mitunter Seitens der Polizeibehörden angegeben, wenn die Lebens-, Wohnungs-, Erwerbs-, Beschäftigungs-, Familienverhältnisse der Reversaussteller ungenügende Gewähr bieten für entsprechende Verpflegung und Ueberwachung der Kranken.

Es ist also auch in dieser Beziehung, wenigstens bezüglich der aus der Wiener Landes-Irrenanstalt gegen Revers entlassenen Pfleglinge der von Dr. *Witlacil* so allgemein hingestellte Ausspruch: die Reversausstellung sei eine blosse Formalität und es sei lächerlich, aber zugleich traurig zu sehen, in welcher Weise die Intentionen des Gesetzes ausgeführt werden — vollständig ungerechtfertigt.

Dagegen lässt sich nicht in Abrede stellen, dass manche Bürgermeister von auswärtigen Gemeinden betreff der Unterfertigung von Reversen „sehr summarisch" verfahren und ohne sich bei der Anstaltsdirection über den Zustand der Kranken zu informiren, Reverse unterfertigen, ohne irgend welche Erhebungen zu pflegen. — Habe ich doch ein Reversblanquett in Händen mit dem Gemeindesiegel und der Unterschrift des Bürgermeisters, ohne dass der Name des zu entlassenden Kranken, noch der Name des Reversausstellers angeführt war. Natürlich wurde der Kranke, betreff dessen dieser Revers vom Bürgermeister unterfertigt wurde, auf diesen unausgefüllten Revers hin nicht entlassen. Der von Dr. *Witlacil* betreff des leichtsinnigen Vorgehens bei Entlassung von Geisteskranken gegen Revers gemachte Ausspruch dürfte daher vielleicht an eine andere Adresse zu richten sein und dürfte in dieser Beziehung gerade den k. k. Bezirksärzten Gelegenheit geboten sein, am gehörigen Orte die Bedeutung der Unterfertigung eines solchen Reverses in's Klare zu stellen.

Wenn Reverse von der competenten politischen Behörde ordnungsmässig unterfertigt sind, so ist die Direction der Irrenanstalt nicht berechtigt, die Entlassung eines Kranken gegen einen solchen Revers zu verweigern — und wenn der Kranke gegen einen von der competenten Behörde formal ordnungsmässig unterfertigten Revers vom Reversaussteller übernommen wird, dann fühle ich mich als Anstaltsdirector mit Fug und Recht frei von jeder Verantwortung betreff des weiteren Verhaltens des Kranken nach seiner Entlassung und bin überzeugt, dass sich auch Hr. Dr. *Witlacil* in einem solchen Falle jeder weiteren Verantwortung enthoben fühlen würde.

Für den Anstaltsdirector ist der Bürgermeister einer autonomen Landgemeinde gerade so ein behördliches Organ, wie der Leiter eines Polizeicommissariates oder der Vorstand der Bezirkshauptmannschaft und steht es der Anstaltsdirection nicht zu, den betreffenden Amtspersonen erst Amtsinstructionen zu ertheilen oder Amtsakte derselben zu sistiren oder zu annulliren.

Die Consequenzen solcher Unterlassungssünden einzelner Gemeindevorstehungen können aber wieder nicht den Directionen der Irrenanstalten zugerechnet werden, wenn diese bei solchen Entlassungen ordnungsmässig vorgehen. Ob von Seite anderer Krankenanstalten und speciell der städtischen Versorgungsanstalt bei Entlassung von Geisteskranken gegen Revers in gleicher Weise, wie in der Wiener Landes-Irrenanstalt vorgegangen wird, kümmert die Irrenanstalts-Direction wiederum nicht; denn dieselbe ist nicht dazu bestellt, in dieser Richtung eine Controle zu üben — dies steht jenen Staatsbehörden und Organen zu, welche diese Anstalten in sanitätspolizeilicher Hinsicht zu überwachen haben, dazu gehören vor Allem auch die k. k. Bezirksärzte und die Mitglieder des Landes-Sanitätsrathes — und wenn Seitens anderer Anstaltsvorstehungen etwaige Unterlassungen diesfalls vorkommen und hieraus üble Consequenzen erwachsen, so gehören diese nicht auf's Kerbholz der Wiener Irrenhausdirection oder jener Directionen, die diesfalls ordnungsmässig vorgehen und deshalb muss ich gegen den oben erwähnten bezughabenden Ausspruch des Hrn. Dr. *Willacil* als zu allgemein gehalten bezüglich der Wiener Irrenanstalt Verwahrung einlegen und denselben in dieser allgemeinen Fassung als ungerechtfertigt erklären.

5. Es sei der factische Mangel einer Aufsicht über die in Privatpflege befindlichen Geisteskranken zu betonen. Dieselbe sei allerdings durch das Sanitätsgesetz vom 30. April 1870 aufgetragen und verpflichte die politischen und die Polizeibehörden zu diesfallsigen Ueberwachung; diese Obliegenheite würden aber und könnten nicht erfü die Gemeinden **in der Regel** von der Ue Geisteskranken in die Privatpfleg

etwas erführen, als die politischen und die Polizeibehörden und so sei auch die Polizeibehörde wahrscheinlich von der Uebergabe der Kruger nicht verständigt worden und wäre dies geschehen, so hätte die Thomaier ihre Pflegebefohlene nicht so ohne Weiteres in einen Dienst gehen lassen können, noch dazu in einen solchen, wo sie mit Kindern zu thun hatte.

Ob die Verwaltung der städtischen Versorgungsanstalt die Thomaier, welche die Kruger gegen Revers übernahm, dazu verhalten hat, den ausgestellten Revers von dem betreffenden Polizeicommissariate unterfertigen zu lassen und ob diesfalls die Entlassung der Kruger gegen einen von deren Curator und vom Polizeicommissariate, in dessem Bezirke die Thomaier wohnte, unterfertigten Revers erfolgte, ist mir nicht bekannt, kümmert auch die Direction der Landes-Irrenanstalt nicht, da sie keine Controle über die Geschäftsführung der Versorgungshausverwaltung zu üben hat; — da nun aber Hr. Dr. *Witlacil* bemerkt: dass die Gemeinden, die politischen und die Polizeibehörden in der Regel von der Uebernahme Geisteskranker in die Privatpflege nichts erfahren, so muss ich bei dem Umstande, dass aus der Wiener Landes-Irrenanstalt wohl relativ sehr viele Geisteskranke gegen Revers entlassen werden, auch gegen diese wiederum so allgemein gehaltene Fassung obigen Vorwurfes als Director der Wiener Landes-Irrenanstalt betreff dieser Anstalt ganz entschieden Verwahrung einlegen.

Durch den Umstand, dass aus der Wiener Landes-Irrenanstalt innerhalb der Marken des Polizeirayons von Wien ein ungeheilter Kranker niemals ohne, von dem competenten Polizeiamte vidirten Revers und in auswärtigen Gemeinden keiner ohne vom Bürgermeister amtlich bestätigten Revers in Privatpflege entlassen wird, in jedem Reverse aber der Ort, der Bezirk, die Gasse, die Hausnummer des den Kranken in Wohnung nehmenden Reversausstellers, der Vor- und Zuname des Kranken und der Vor- und Zuname und die Beschäftigung des Reversausstellers angeführt ist, sind innerhalb des Polizeirayons von Wien

den k. k. Polizeiämtern, auswärts den Gemeinden und Bürgermeistern die Geisteskranken genau bekannt, die aus der Wiener Irrenanstalt in Privatpflege gegen Revers übernommen werden.

Es bedarf also Seitens dieser Behörden nur einer einfachen Registerführung über die von ihnen bestätigten Reverse und eines Vergleiches, ob der Meldzettel dieser Kranken, dessen Vorlage gesetzlich vorgeschrieben ist, einlangt, um diese Kranken fortlaufend ohne alle Mühe in Evidenz zu halten. Wenn dies Seitens dieser Behörden nicht geschieht, so ist dies wieder nicht die Schuld der Irrenanstalts-Direction.

Der Gefertigte übergiebt aber noch in Folge eines speciellen Ersuchens des Hrn. Magistratsdirectors der Stadt Wien auch an den Wiener Magistrat regelmässig ein Verzeichniss der innerhalb des Gemeindegebietes der Stadt Wien gegen Revers entlassenen Geisteskranken unter genauer Angabe der Reversaussteller und der Wohnungen derselben.

Die Direction der Wiener Landes-Irrenanstalt erstattet endlich vorschriftsmässig innerhalb 48 Stunden nach erfolgter Entlassung eines jeden Pfleglings, somit auch der gegen Revers entlassenen, bei solchen, für welche noch kein Curator bestellt ist, dem k. k. Wiener Landesgerichte in Civilangelegenheiten als Curatelsbehörde und bei unter Curatelgestellten dem als Curatelpersonalinstanz bestellten k. k. Bezirksgerichte die Anzeige von der Entlassung des Kranken gegen Revers unter Angabe des Namens und Wohnortes des Reversausstellers.

Dass alle diese Anzeigen betreff der aus der Wiener Landes-Irrenanstalt gegen Revers entlassenen Geistesgestörten seit Jahren mit der minutiösesten Sorgsamkeit erstattet werden, scheint dem Hrn. Sanitätsrathe Dr. *Witlacil* ganz unbekannt zu sein, da er sonst nicht die Worte gebrauchen konnte: „in der Regel“.

Schliesslich habe ich noch zu bemerken, dass ich über eine Seitens der k. k. Polizeidirection gestellte Anfrage die Bereitwilligkeit ausgesprochen habe, von der Entlassung eines jeden aus der Anstalt innerhalb des Wiener Polizeirayons gegen Revers entlassenen Pfleglings, obwohl diese der Polizeibehörde schon durch die Unterfertigung des Reverses bekannt ist, noch

durch eine besondere Mittheilung zur Kenntniss zu bringen, um bei der k. k. Polizeidirection eine rationelle Evidenzhaltung der gegen Revers entlassenen Geisteskranken zu ermöglichen, habe aber auch beigefügt, dass eine solche Evidenzhaltung nur dann möglich ist, wenn auch von anderen Anstalten, welche Geistesgestörte gegen Revers entlassen, in gleicher Weise vorgegangen wird.

Wenn es daher in Wien und ausserhalb Wiens bezüglich der aus der Wiener Landes-Irrenanstalt gegen Revers Entlassenen an einer entsprechenden Ueberwachung fehlt, so fällt diesfalls der Wiener Irrenhausdirection gar kein Verschulden zur Last, da alle Gerichts-, politischen und Sicherheitsbehörden, die nach dem Gesetze zu verständigen sind, von der Irrenhausdirection auch rechtzeitig und jederzeit verständiget werden.

Ob dies von Seite anderer Krankenanstalten in gleicher Weise geschieht, kümmert mich nicht, nur muss ich dagegen protestiren, aus dem etwaigen Vorgehen anderer den Eingangs erwähnten Satz in der beliebten allgemeinen Fassung etwa auch auf die Wiener Landes-Irrenanstalt auszudehnen.

Die Fassung in dem Aufsatze des Hrn. Dr. *Witlacil* und die Beifügung der Worte: „in der Regel“ lässt für den ferner stehenden, nicht eingeweihten Leser die Annahme zu, dass bezüglich der Anzeigen der Entlassung von Geistesgestörten gegen Revers auch Seitens der Direction der Wiener Landes-Irrenanstalt nicht ordnungsmässig vorgegangen wird. Mehrere Zeitungsberichterstatter haben dies bezüglich des Falles „Marie Kruger“ ganz direct behauptet.

Und diese Anschuldigung muss ich entschieden zurückweisen.

Ohne unbescheiden zu sein, kann ich für mich das Verdienst in Anspruch nehmen, dass ich bereits vor Jahren in der allgemeinen Wiener medicinischen Zeitung auf die Consequenzen hingewiesen habe, die durch die Nichtfinalisirung der gerichtlichen Geistesuntersuchungen von aus den Irrenanstalten als ungeheilt gegen Revers entlassenen Geistesgestörten erwachsen und dass durch diese Unterlassung sowohl der Rechtsschutz der Geistesgestörten, aber auch die Interessen der geistes-

gesunden Bevölkerung gefährdet und beeinträchtigt werden — ist aber trotzdem alles beim Alten geblieben — man gefällt sich bei uns immer vom Rechtsstaat zu sprechen — allein die naturgemässen Forderungen des Rechtsstaates bleiben vielfach unberücksichtiget.

6. Die Entlassung von Geisteskranken aus öffentlichen Anstalten sei durch das Statut derselben normirt. Dieses Statut verlange (§ 23) bei Ungeheilten die Ausstellung eines Reverses über die fernere Verpflegung und Verwahrung, wenn die Entlassung über Verlangen der gesetzlichen Vertreter oder der Angehörigen erfolgt; geschehe sie aber über Anordnung der Direction, so sei die Bedingung gestellt, dass keine Aussicht auf Heilung, aber auch keine Gemeingefährlichkeit mehr vorhanden sei. Die Entlassung der Kruger sei schwerlich über Verlangen des Curators oder der Angehörigen erfolgt, umsoweniger, als sie in die Versorgungsanstalt übersetzt worden sei; statutenmässig sei sie also nur dann zu entlassen gewesen, wenn die Anstaltsleitung von ihrer Ungefährlichkeit überzeugt war. Dies konnte sie aber nach dem Vorausgegangenen und nach einer blos einjährigen Beobachtung nicht sein. Und wie sei diese Ueberzeugung bestätigt worden? So Hr. Dr. *Witlacil.*

Da die Marie Kruger aus der Irrenanstalt nicht in die Privatpflege, sondern in die städtische Versorgungsanstalt übersetzt worden ist, so ist es nicht recht klar, wieso hier von Hrn. Dr. *Witlacil* die Alinea a des § 23 des Statutes der Wiener Landes-Irrenanstalt angezogen wurde; da diese Alinea nur auf den Fall Bezug hat, wenn eine Kranke gegen Revers in die Privatpflege übersetzt wird. Die städtische Versorgungsanstalt ist aber keine Privatperson und die Verpflegung dortselbst keine Privatpflege, sondern eine Pflege in einer öffentlichen, communalen Anstalt, welche nach den bestehenden Normen auch zur Aufnahme unheilbarer, nicht gemeingefährlicher Geistesgestörten bestimmt ist, für Kranke, welche auf Grund der Alinea B des § 23 des



Anstaltsstatutes von der Irrenanstalts-Direction dahin übersetzt werden können, ohne dass der Curator oder die Angehörigen darum ansuchen. Dies sollte auch Hrn. Dr. *Witlacil* nicht unbekannt sein.

Was den letzten Passus betrifft: „Und wie sei diese Ueberzeugung bestätigt worden?" so wiederhole ich, dass von Hrn. Dr. *Witlacil* bisher der Beweis nicht erbracht wurde, dass bei Marie Kruger während ihres Aufenthaltes in der Versorgungsanstalt Gemeingefährlichkeitsäusserungen vorkamen; das Kind hat sie ja weggelegt, als sie nicht mehr in der Versorgungsanstalt war.

Uebrigens wurde dies schon früher erörtert, ebenso, inwiefern die Anstaltsärzte berechtigt waren, die Marie Kruger nach 13 monatlicher Beobachtung in die Versorgungsanstalt zu übersetzen, daher eine weitere nochmalige Erörterung über diese Bemerkungen des Hrn. Dr. *Witlacil* nicht weiter nothwendig erscheint.

7. Dem Ausspruch des Dr. *Witlacil:* dass es ein dringendes Bedürfniss sei, durch Schrift und Unterricht in der Bevölkerung richtigere Anschauungen über die Geistesstörungen zu verbreiten, kann und muss man gewiss rückhaltslos beipflichten. Es wäre schon sehr viel geschehen, wenn wenigstens in gewissen Gesellschaftsschichten richtigere Anschauungen über die Behandlung, über den Umgang und Verkehr mit solchen Kranken allgemeinere Verbreitung fänden, so namentlich bei Juristen, Seelsorgern, Administrativbeamten, ja selbst auch bei manchen Aerzten, selbst im Kreise mancher Aerzte und Beamten von Gemeindeversorgungshäusern, von denen manche, wie es scheint, den Standpunkt schwer einnehmen können; dass auch ein in einer communalen Versorgungsanstalt untergebrachter Geistesgestörter nicht als ein geistesgesunder Mensch zu betrachten und deshalb mit Schonung behandelt, aber auch als harmloser Geistesgestörter in seinem Thun und Lassen beobachtet werden muss. Wenn dies nicht geschieht, so ist es der Unterlassung dieser selbstverständlichen, naturgemässen Obliegenheiten zuzuschreiben, wenn durch Mangel an Aufsicht

durch solch harmlose Geistesgestörte unzulässige Handlungen oder Unterlassungen erfolgen.

8. In dem Mangel an Raum in den Landes-Irrenanstalten für Unterbringung unheilbarer, blödsinniger Kranker liegt, wie Dr. *Witlacil* zum Schluss bemerkt, der Kern der Sache, und in der Abstellung dieses Mangels allein die Abhilfe.

Die Missstände, die aus dem Mangel an Raum in den öffentlichen Irrenanstalten, für die öffentliche Irrenfürsorge, dann aber für die Behandlung und Ueberwachung der in den Irrenanstalten untergebrachten Geistesgestörten erwachsen, empfinden wohl vor allem am merkbarsten die Irrenanstaltsärzte und insbesondere der Director als leitender Arzt einer grossen Irrenanstalt. Gewiss liessen sich manche wesentliche Uebelstände beseitigen bei genügendem Raum in den öffentlichen Irrenanstalten.

Zunächst ist aber zu betonen, dass eine der Hauptursachen der Ueberfüllung der öffentlichen Irrenanstalten darin gelegen ist, dass in denselben viele harmlose, unheilbare Geistesgestörte, die sich bei dem Vorhandensein entsprechender Gemeindeversorgungsanstalten ganz gut für die Pflege dortselbst eignen, wegen unentsprechender Einrichtung und mangelhafter Aufsicht nicht in die Versorgungsanstalten der Mehrzahl der Gemeinden übersetzt werden können. Gerade in dem Wirkungskreise der k. k. Herren Bezirksärzte wäre es gelegen, in dieser Beziehung, die in ihrem Amtssprengel gelegenen Gemeinden zur Erfüllung der ihnen obliegenden Pflichten zu verhalten, die Ausführung dieser Obliegenheiten zu controliren, und wenn man sich berechtigt und berufen fühlt, den Landesvertretungen ihre Verpflichtungen in Erinnerung zu bringen, so erfordert es, abgesehen von anderen Momenten, schon die Consequenz, vor allem auch die Gemeinden an die Erfüllung der ihnen bezüglich der öffentlichen Irrenfürsorge obliegenden Verpflichtungen zu erinnern.

Bei unbefangener Würdigung der Verhältnisse [illegible] übrigens nicht verkennen, dass durch die Errichtung [illegible] anstalten allein noch nicht die verschiedenen in [illegible] Irrenpflege bestehenden Uebelstände und Mängel [illegible]

gung finden und dass nebst entsprechender materieller Fürsorge auf diesem Gebiete nur durch eine den Verhältnissen und Bedürfnissen der Zeit entsprechende Irrengesetzgebung gründlich abgeholfen werden kann, unter der Voraussetzung, dass von allen Factoren auch den bestehenden Vorschriften gemäss vorgegangen wird. Das ist der Kern der Sache und sagen wir es offen: die Nichtberücksichtigung dieses Umstandes ist die Quelle vieler auf das Irrenwesen bezughabender Uebelstände nicht nur bei uns in Oesterreich, sondern auch anderwärts. Es lässt sich nicht läugnen, dass vielfach aus verschiedenen Gründen, selbst die wenigen bestehenden Gesetze ungenügend berücksichtiget werden und dieser Vorwurf, ich nehme keinen Anstand es offen auszusprechen, trifft auch gar manche Behörden und behördlich angestellte Organe.

Was speciell die öffentliche Irrenpflege in Niederösterreich betrifft, so ist es zur Sitte geworden, alle diesbezüglich bestehenden Uebelstände der n. ö. Landesvertretung in die Schuhe zu schieben, weil sie im J. 1865 vom Staate die Irrenanstalten in die Verwaltung des Landes übernommen hat.

Ich bin weit entfernt, in Abrede zu stellen, dass es nicht auch in den n. ö. Landes-Irrenanstalten noch manche Gebrechen giebt, die abzustellen wären; ich bin es vor Allem mir schuldig, auszusprechen, dass speciell die in den letzten Jahren bei der Wiener Landes-Irrenanstalt ausgeführten Zu- und Erweiterungsbauten nach meiner Ueberzeugung nicht nach jenen Principien ausgeführt sind, die nach meiner Anschauung den heutigen Forderungen der Anstaltseinrichtung entsprechen — man hat eben andere Anschauungen als die meinigen für maassgebender erachtet — — allein ich muss dessen ungeachtet aussprechen, dass es in Oesterreich kaum eine Landesvertretung geben dürfte, die in materieller Hinsicht und in Bezug auf die thatkräftige Unterstützung der Durchführung einer wahrhaft humanen und freien Behandlung der Geistesgestörten für das öffentliche Irrenwesen das geleistet hat, was diesfalls die

n. ö. Landesvertretung geleistet und dass sich die bezughabenden Leistungen mit vollem Rechte gleichstellen lassen den Leistungen, welche vordem die Staatsverwaltung für das öffentliche Irrenwesen bethätigt hat. Es ist nothwendig und eine Pflicht dies auszusprechen. — Uebrigens ist durch die Uebergabe der öffentlichen Irrenanstalten aus der Verwaltung des Staates in die Verwaltung der Länder die Staatsverwaltung noch nicht der Aufgaben und Pflichten entbunden, die der Staat auf dem Gebiete der öffentlichen Irrenfürsorge, der öffentlichen Irrenpflege und auf dem Gebiete der Irrengesetzgebung zu erfüllen hat und durch ein rationelles Vorgehen lassen sich auf diesem Gebiete auch ohne besondere Kosten im Interesse der geistesgestörten, wie auch im Interesse der geistesgesunden Bevölkerung beachtenswerthe Erfolge erzielen, die man aber nicht erreicht, wenn man bei vorkommenden Uebelständen dann commissionirt und debattirt und sich herumstreitet, wem die Aufgaben der öffentlichen Irrenpflege zustehen, was dem Staate, dem Lande oder der Gemeinde hinaufzuwälzen ist und schliesslich bei diesem Hin- und Zurückschieben der Verpflichtungen alles wieder beim Alten bleibt und die alten Uebelstände fortbestehen, bis wieder irgend ein Zwischenfall oder Skandal an die alten ererbten Uebelstände erinnert. Das heisst nicht rationell verwalten, nicht rationell administriren, nicht rationell regieren. — So ein Vorgehen ist nur blosse Stückarbeit von Heute auf Morgen. So lange man sich nicht auf den vorurtheilsfreien Standpunkt erheben kann, dass sich auf diesem Gebiet der Verwaltung und Gesetzgebung eine wirklich reelle Leistung nur durch ein entgegenkommendes Zusammenwirken des Staates, der Landesvertretungen und der Gemeinden erzielen lässt, dass alle diese genannten Factoren naturgemäss berufen und verpflichtet sind, an der Lösung dieser humanitären Aufgaben mitzuwirken, bleiben alle Bemühungen erfolglos.

Bei Lösung der auf die öffentliche Irrenfürsorge bezughabenden Fragen hat man selbstverständlich zunächst daran festzuhalten, im Geiste der vorgeschrittenen Wissen-

schaft vorzugehen, dabei aber auch nicht zu vergessen, dass bei Durchführung der öffentlichen Irrenfürsorge heut zu Tage vor Allem auch den Principien des modernen Rechtsstaates Rechnung zu tragen ist, endlich aber auch rationellen volkswirthschaftlichen Grundsätzen und einer sorgsamen, umsichtigen rationellen finanziellen Gebahrung.

Je weniger man in unserer Zeit, in der für unproductive Objecte der Volkswohlstand so ausgedehnt in Anspruch genommen wird, materielle Mittel für die eigentlichen Friedenswerke, für die Erhaltung und Förderung des in der körperlichen und geistigen Gesundheit liegenden Nationalvermögens, Nationalreichthumes zu verwenden in der Lage ist, desto umsichtiger und zweckmässiger muss man mit der Verwendung der diesfalls zur Verfügung stehenden eingeschränkteren Summen vorgehen und in dieser Richtung ist, nach meiner Ueberzeugung, unter Festhaltung des Hauptgrundsatzes: dass für alle Kategorien der verschiedenen Geistesgestörten in einer menschenwürdigen, den psychiatrischen und hygienischen Verhältnissen entsprechenden Weise gesorgt werden muss, doch bezüglich der verschiedenen Kategorien ein mehr oder weniger der Ausgaben zu verwenden; für frische, wahrscheinlich heilbare Erkrankungsfälle muss der Heilapparat naturgemäss reicher dotirt werden, als für Fälle, bei denen es sich nur in Rücksicht der ausgesprochenen oder wahrscheinlichen Unheilbarkeit um eine einfachere Verpflegungsart unter entsprechender Ueberwachung handelt.

Während in ersterer Hinsicht der Staat und das Land direct einzutreten haben, kann in letzter Hinsicht auch der unterste politische Verwaltungsorganismus — die Gemeinde — zweckentsprechend mitwirken und wenn eine Gemeinde für sich allein nicht ausreichende Mittel besitzt, so soll sich eine grössere Zahl von Gemeinden vereinigen, um die ihnen obliegenden Aufgaben zu lösen; in der agrikolen Colonisation unheilbarer Geisteskranker ist das rationelle Mittel der Entlastung der grossen Central-Irrenanstalten gegeben und die

einzelnen Landesvertretungen werden noch immer finanzielle Vortheile erzielen, wenn sie unter ihrer Oberaufsicht und fachgemässen Controle und Leitung für die Verpflegung der in solchen von einzelnen Gemeinden errichteten Colonisationsasylen untergebrachten unheilbaren Geistesgestörten Verpflegskostenbeiträge leisten.

Eine unverantwortliche Verschwendung in Bezug auf die Gebahrung mit dem Nationalvermögen und öffentlichen Geldern wäre es aber, wenn unheilbare Geistesgestörte, die sich in solchen einfachen und billigeren Verpflegungsverhältnissen ganz gut unterbringen lassen, unter den naturgemäss kostspieligeren Verpflegungsverhältnissen einer Irrenanstalt gehalten werden oder gehalten werden müssen, weil es keine oder nur schlecht eingerichtete Gemeindeversorgungsanstalten giebt. Hr. Sanitätsrath Dr. *Witlacil* berechne nur die Verpflegskosten pro Tag und Kopf — wie solche für den in einer öffentlichen Irrenanstalt und für einen in eine zweckentsprechend eingerichtete Gemeindeversorgungsanstalt untergebrachten Pflegling sich ergeben und dann wird er gewiss nicht dafür stimmen, dass die in Gemeindeversorgungshäusern entsprechend verpflegbaren und überwachbaren unheilbaren Geistesgestörten unter kostspieligere Verpflegungsverhältnisse einer Irrenanstalt versetzt werden sollen; — die Herren Bezirksärzte wissen ja in ihrer Stellung als Staatsangestellte bei Revision von Conten aus öffentlichen Fonden auch der Sparsamkeitsrücksicht Rechnung zu tragen, wie man behauptet, mitunter etwas gar strenge.

Mit der Zeit wird sich wahrscheinlich auch in den maassgebenden Kreisen die Ueberzeugung Bahn brechen, dass man auch die in Gemeindeversorgungsanstalten untergebrachten Pfründner, insoweit sie sich noch zu einer Beschäftigung als leistungsfähig erweisen, beschäftigen soll; — denn Müssiggang führt bei Geistesgesunden, wie bei Geistesgestörten zur gesteigerten Disposition zu ungeregeltem Verhalten und zu Excessen.

Aber auch die Staatsverwaltung kann sich, wenn sie auch aus finanziellen Gründen die öffentlichen Irrenanst
Landesvertretungen übergab, der Verpflichtung nicht e
fortgesetzt den Stand der durch die Landesvertre

Gemeinden geübten Irrenfürsorge zu überwachen und auch auf die der Staatsverwaltung unterstehende psychiatrische Klinik des Wiener allgemeinen Krankenhauses durch die Durchführung zeitgemässer Verbesserungen und Einrichtungen verbessernd auf den Stand der öffentlichen Irrenpflege Einfluss zu nehmen.

Wie dem aber immer auch sein mag, aus all dem voraus Erörterten lässt sich nicht verkennen, dass **nur durch ein Zusammenwirken der Staatsverwaltung, der Landesvertretungen und der Gemeinden die Aufgaben der öffentlichen Irrenfürsorge zufriedenstellend gelöst werden können und dass die verschiedentlich zu Tage tretenden Missstände auf diesem Gebiete nicht lediglich dem Mangel an Raum in der n. ö. Landes-Irrenanstalt zuzuschreiben sind.**

Uebrigens ist es gewiss sehr anerkennenswerth, dass Hr. Dr. *Witlacil* diese Frage von seinem Standpunkte so eingehend erörtert hat — insoweit ich seine Ansicht theile, habe ich dies offen ausgesprochen, — bezüglich jener Punkte, denen ich nicht beistimmen kann, hielt ich es für meine Pflicht und im Interesse der Sache für nothwendig, ebenso offen und nachdrücklich meine Ansicht zum Ausdruck zu bringen und hoffe, dass man von keiner Seite dieses mein Vorgehen missdeuten wird.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Jahresversammlung des Vereins deutscher Irrenärzte zu Frankfurt a. Main am 8. u. 9. August 1881.

Anwesend sind die Herren: *Binswanger*-Konstanz, *Brosius*-Bendorf, *Erlenmeyer*-Bendorf, *Eschenburg*-Lübeck, *Fürstner*-Heidelberg, *Gerlach*-Marienthal (Westphalen), *Gnauck*-Berlin, *Hasse*-Königslutter, *Hecker*-Johannisberg a. Rhein, *Hermann*-Frankfurt a. M., *Heuser*-Eichberg, *Hoffmann*-Frankfurt a. M., *Jehn*-Merzig, *Kern*-Möckern, *Kind*-Langenhagen, *Köhler*-Colditz, *Köhler*-Soden, *Laehr*-Schweizerhof, *Landerer*-Deggendorf, *Lehmaier*-Frankfurt, *Loechner*-Klingenmünster, *von Maudach*-Schaafhausen, *Mendel*-Pankow, *Minor*-Nassau, *Nasse*-Bonn, *Nötel*-Andernach, *Paetz*-Alt-Scherbitz, *Pelman*-Grafenberg, *Reissner*-Darmstadt, *Richter*-Pankow, *Rieger*-Würzburg, *v. Rinecker*-Würzburg, *Ripping*-Düren, *Rubarth*-Marsberg, *Sander*-Dalldorf, *Schuchardt*-Andernach, *Schüle*-Illenau, *Schwaab*-Werneck, *Siebert*-Jena, *Siemens*-Marburg, *Stark*-Stephansfeld, *von den Steinen*-Berlin, *Werle*-Heppenheim, *Westphal*-Berlin.

Sitzung am Montag den 8. August Nachmittags $4^1/_2$ Uhr.

Am Vorstandstische: *Laehr*, *Nasse*, *v. Rinecker*, *Westphal*. *Zinn* ist entschuldigt. —

Der Vorsitzende Geheimrath Dr. *Nasse* eröffnet die Sitzung, begrüsst die Anwesenden, begründet die Wahl des Versammlungsortes unabhängig von der Naturforscherversammlung und dankt dem ärztlichen Verein zu Frankfurt für seine Bemühungen um die Beschaffung des Versammlungslocals im *Senkenberg*'schen Institut. —

Zu Schriftführern werden erwählt: *von den Steinen*-Berlin und *Schuchardt*-Andernach.

Vor Eintritt in die Tagesordnung widmet der Vorsitzende den im vergangenen Jahre verstorbenen Mitgliedern des Vereins: *Binswanger* sen.-Kreuzlingen, *Fischer* sen.-Pforzheim, *Engelken* sen.-Bremen, *Stölzner*-Hubertusburg, *Chomantowsky*-Warschau, *Salomon* (früher in Malmoe, zuletzt in Upsala) warme Worte der Erinnerung. Zu Ehren des Andenkens der verstorbenen Mitglieder erheben sich die Anwesenden von ihren Plätzen. —

Nach gegenseitiger Vorstellung durch Namensnennung bewillkommt Geheimrath Dr. *Hoffmann*-Frankfurt a./M. die Versammlung im Namen des ärztlichen Vereins von Frankfurt.

Der Vorsitzende theilt darauf noch mit, dass nachträglich noch einige Vorträge angemeldet worden sind: Prof. *Siebert* aus Jena: Ueber den diagnostischen und prognostischen Werth der Pulscurven mit Vorzeigung eines Sphygmographen — und Prof. *Fürstner* aus Heidelberg: Ueber Kopfverletzungen und Psychosen. — Letzterer hat die Bitte ausgesprochen, womöglich heute diesen Vortrag halten zu dürfen, da er morgen leider verhindert ist anwesend zu sein. Prof. *Westphal* hat den Vorschlag gemacht, um dies zu ermöglichen, den Punkt 3 der Tagesordnung: „Vorschläge zur Abänderung der amtlichen Zählkarten für die Irren-Anstalten" — auf die morgende Versammlung zu verlegen. — Es wird dieser Vorschlag von der Versammlung angenommen. —

Nachdem der Vorsitzende die Vereinsrechnung pro 1880/81, welche in Einnahme 691 Mark, in Ausgabe 38 Mark nachweist, vorgelegt, werden *Jehn* und *Brosius* zu Rechnungsrevisoren erwählt. —

Darauf geht die Versammlung zu No. 1 der Tagesordnung über.

Der Vorsitzende berichtet im Namen des Vorstandes:

M. H. Ich erinnere daran, dass i. J. 1877 in der Versammlung zu Nürnberg der Verein folgende Beschlüsse gefasst hat: 1) Die Gründung von besonderen Asylen für die Heilung von Trunkfälligen ist dringend wünschenswerth, 2) die Anerkennung der krankhaften geistigen Beschaffenheit der Trunkfälligen ausgesprochen hat, welche zur unfreiwilligen Unterbringung derselben in besonderen Asylen berechtigt, und weiter beschloss, in Rücksicht auf die zur Zeit bestehenden gesetzlichen Hindernisse für die Beschränkung der persönlichen Freiheit der Trinker von Anträgen bei den gesetzgebenden Körpern noch abzusehen, vielmehr durch Beschaffung genügenden statistischen Materials auf die öffentliche Meinung einzuwirken. In diesem Sinne sind, wie bekannt, verschiedene Versuche gemacht worden. Wir haben davon Kenntniss gegeben in den Versammlungen in Cassel und Heidelberg, und in Heidelberg hat 1879 die Versammlung den letzten Beschluss in dieser Angelegenheit dahin gefasst, dass eine Vollmacht an den Vorstand ertheilt wurde, die Frage je nach den Umständen weiter zu verfolgen. Bis dahin bestand offenbar bei dem Kön. Preuss. Ministerium der geistlichen, Unterrichts- und Medicinalangelegenheiten, an das wir uns gewendet hatten, und auch bei der statistischen Commission des Reiches, nur geringe Geneigtheit, unseren Wünschen in Bezug auf genauere statistische Erhebungen nachzukommen. Einigermaassen überraschend war also die Vorlage eines Gesetzentwurfs an den Reichstag am 23. März d. J., welcher die Bestrafung der Trunkenheit betrifft. In diesem Entwurf sind zweierlei Dinge enthalten, welche uns interessiren, erstens die polizeistrafrechtlichen Bestimmungen gegen die öffentliche Trunkenheit, und zweitens eine Ergänzung des § 51 des Str.-G.-B. in Bezug auf die Frage, in wie weit den Trunkenen ihre Thaten anzurechnen seien. In polizeistrafrechtlicher Beziehung befindet sich in Abs. 2 des § 5 des Entwurfs die Bestimmung, dass an Stelle der Unterbringung der durch gerichtliches Erkenntniss der Landes-

polizeibehörde überwiesenen Gewohnheitstrinker in Arbeitshäusern auch die Unterbringung in zur Heilung oder Verwahrung von Trunksüchtigen bestimmte Anstalten eintreten könne, und die Bestimmung begreift darunter im 2. Abs. des § 1 ausdrücklich die in den letzten 3 Jahren dem Trunk gewohnheitsmässig ergebenen Personen. Angesichts dieser Vorlage, welche die gesetzliche Erfüllung der auf Errichtung von Trinkerasylen gerichteten Wünsche des Vereins in Aussicht stellte, glaubte der Vorstand die Gelegenheit ergreifen zu müssen, dem hohen Reichstag die Ueberzeugung der deutschen Irrenärzte von der Nothwendigkeit der Errichtung besonderer Asyle für Trunkfällige vorzulegen. Ueber den Gesetzentwurf selbst, in welchem einzelne Bestimmungen, z. B. die Schärfung der Strafe durch Schmälerung der Kost, Strafanrechnung für die Versetzung in den Zustand der Trunkenheit bis zur Ausschliessung der freien Willensbestimmung, ärztlichtechnischen Bedenken begegnen müssen, glaubte der Vorstand sich einer Aeusserung überhaupt enthalten zu müssen, da ihm dazu jeder Auftrag seitens des Vereins fehlte, hielt es aber für seine Pflicht, zur Erreichung des Zieles der Errichtung besonderer Asyle für Trinker dem Reichstag seine Wünsche in der Bitte darzulegen, dass der Reichstag den Erlass einer gesetzlichen Bestimmung veranlassen wolle, welche es möglich macht, dass dem Trunk gewohnheitsmässig ergebene Personen, ganz abgesehen von einer vorgängigen Bestrafung derselben, auf Antrag ihrer Anverwandten (ähnlich wie bei dem Entmündigungsverfahren) durch Beschluss der Vormundschaftsbehörde, auch gegen ihren Willen zum Zwecke der Heilung in einem Asyl für Trinker untergebracht und dort, so lange es dieser Behörde zulässig erscheint, zurückgehalten werden können.

Eine dahin gehende motivirte Petition vom 21. März c. ist dem Reichstag durch Vermittlung des Vorstandsmitglieds und Reichstags-Abg. *Zinn* übermittelt worden. Es fand bekanntlich am 5. und 6 April Plenarberathung des Reichstags über den Gesetzentwurf statt, und am 27. April wurde die von dem Abg. *von Schwartze* beantragte Ueberweisung an eine Commission beschlossen. Der Commissionsbericht ist sub No. 161 der Reichstagsverhandlungen unter dem 22. Mai erstattet. Die Commission hat Abänderungen des Gesetzes beschlossen und zwar zum Gesetz selbst in § 1 in folgender Weise: „§ 1. Mit Geldstrafe bis zu 60 Mark oder Haft bis zu 14 Tagen wird bestraft, wer in einem selbstverschuldeten Zustande ärgernisserregender Trunkenheit an einem öffentlichen Orte betroffen wird." Dazu hat die Commission in 1 b den Zusatz beantragt: „In den Fällen, wo der Beschuldigte dem Trunk gewohnheitsmässig ergeben ist, findet die Bestimmung des § 362 des Str.-G.-B. mit der Maassgabe Anwendung, dass an Stelle der Unterbringung in ein Arbeitshaus die Unterbringung in eine zur Heilung oder Verwahrung von Trunksüchtigen bestimmte Anstalt eintreten kann." Ferner den Zusatz als § 1, c: „Die Unterbringung in eine Heil- oder Verwahrungsanstalt für Trunksüchtige kann auch gegen Denjenigen eintreten, welcher nach § 361 No. 5 des Str.-G.-B. wegen des daselbst bezeichneten,

durch Trunk herbeigeführten Zustandes zur Haft verurtheilt und der Landespolizeibehörde überwiesen worden ist." Die Commission hat ausserdem noch folgende Resolutionen beschlossen:

„Die verbündeten Regierungen wollen, wenn sie der Gründung von Asylen zur Heilung oder Verpflegung von Trunksüchtigen ihre Aufmerksamkeit zuwenden, den Gesichtspunkt festhalten, dass die Kosten für Verpflegung und Behandlung der in denselben internirten Personen nicht den Armenverbänden der bezüglichen Unterstützungswohnsitze, beziehungsweise der Districts- und Localarmenpflege zur Last fallen"
und weiter:

„Der Reichstag wolle beschliessen, dem Herrn Reichskanzler zur Erwägung zu geben, ob es sich, abgesehen von den zur Unterbringung in Arbeitshäuser Verurtheilten, empfehle, gesetzliche Bestimmungen darüber zu treffen, unter welchen Bedingungen Personen, welche dem Trunke gewohnheitsmässig ergeben sind, zwangsweise in Trinkerasylen untergebracht oder darin zeitweise zurückgehalten werden können."

Der Reichstag fand jedoch keine Zeit mehr, sich mit dem Entwurf noch weiter zu beschäftigen. Soweit bekannt, ist die Asylfrage im Reichstag selbst nur von einem Abgeordneten besprochen worden; es war unser College *Virchow*, der „die Errichtung von Asylen für Gewohnheitstrinker, die ihrem Laster zu widerstehen nicht genügende Kraft haben, für sehr wichtig erklärte". Wir sind ihm dafür zu Dank verpflichtet und hoffen, dass er dieser Ueberzeugung auch bei etwaiger Wiedervorlage des Gesetzes kräftigen Ausdruck geben wird, wollen ihm dann gern zu Gute halten, dass er Eingangs seiner Rede, wo er ebenfalls den Mangel einer genügenden statistischen Unterlage für Deutschland rügte, den Aerzten, die an der Spitze der Alkohol-Bewegung stehen, allen „etwas Fanatismus" zugeschrieben hat. Jedenfalls können wir uns damit trösten, dass wir dies Geschick mit zahlreichen Collegen anderer Länder, und zwar nicht blos Nordamerikas und Englands, sondern auch mit denen unserer Nachbarländer Holland und Belgien theilen. Ich erinnere daran, dass in ersterem bekanntlich ein Gesetz über die Bestrafung des Trunks vor wenigen Monaten erlassen worden ist, und dass auf dem vorjährigen internationalen Congress über den Alkoholismus zu Brüssel der von einem belgischen Collegen, Dr. *Petithan*, beantragte Wunsch, dass die Trunkfälligen („alcoolisés") auf Antrag ihrer Familie oder des Staatsanwalts entmündigt und auf eine bestimmte Zeit in besondere Asyle zur Bewahrung und Heilung untergebracht werden könnten, in Form einer Resolution angenommen worden ist. Hinsichtlich der oft angezweifelten Wirksamkeit eben dieser Asyle möchte ich nur noch schliesslich auf den demselben Congress erstatteten Bericht des englischen Arztes Dr. *Alford* über den gegenwärtigen Zustand der nordamerikanischen Trinkerasyle hinweisen, aus dem sowohl die wachsende Vermehrung ihrer Zahl — 1879 waren 26 Asyle in Thätigkeit und 14 weitere bewilligt — als auch die Bestätigung von ca. 35 pCt. Heilungen hervorgehen.

Ich kann die Mittheilung nicht schliessen, ohne der Befriedigung darüber, dass die Asylfrage endlich vor den Reichstag und somit zu öffentlicher Besprechung gekommen ist, Ausdruck zu geben, und wenn damit auch noch die gesetzlichen Schwierigkeiten der Unterbringung von Trinkern in Asylen nicht gehoben sind, ist damit doch ein erheblicher Fortschritt in der Bewegung zur Erreichung dieses Zieles für Deutschland gemacht; an der Bewegung in passender Weise sich weiter zu betheiligen, wird der Verein nach wie vor sich angelegen sein lassen müssen.

Der Vorstand hat keine weiteren Vorschläge und Anträge an diese Mittheilung zu knüpfen und bittet nur den Verein, die Schritte, die er in dem Sinne desselben thun zu müssen geglaubt hat, zu genehmigen und ihm weitere Schritte je nach Umständen wie bisher zu überlassen. — Die Versammlung beschliesst den Abdruck der an den Reichstag gerichteten Petition im Protocoll.

Mendel. Da es sich um die Frage handelt, ob der Vorstand des Vereins vielleicht demnächst wieder Schritte nach dieser Richtung hin thun wird, so möchte ich mir an den Vorstand die Bitte erlauben, dass er in der betr. Petition nicht blos auf die Frage der Trinkerasyle eintrete, sondern auch auf die gesetzlichen Bestimmungen, wie sie von Seiten der Regierung vorgeschlagen worden sind, wie der Herr Vorsitzende bereits hervorgehoben hat, die nicht blos nach 2 Richtungen, sondern nach 3 Richtungen die jetzt bestehenden Bestimmungen verbessern sollen, einmal in Bezug auf die Bestrafung der Trunkenheit selbst, zweitens in Bezug auf die Zurechnungsfähigkeitsfrage, drittens in Bezug auf den Strafvollzug. Ich möchte also bitten, dass, wenn in der nächsten Session des Reichstags, wie voraussichtlich, dies Gesetz wieder zur Vorlage kommen wird, der Vorstand sich nicht blos mit der Frage der Trinkerasyle, die auch ich für sehr wichtig halte, beschäftige, sondern auch mit den anderen Bestimmungen, und es scheint mir gerade nothwendig, dass bei der Richtung, die im Augenblick nach dieser Seite bei der Regierung obwaltet, und in sehr krasser Weise in der Vorlage des Gesetzes ausgedrückt ist, so krass, dass eine Majorität für dies Gesetz sich nie gefunden hätte wegen der harten Bestimmungen — dass gerade der Vorstand des Vereins der deutschen Irrenärzte gegen eine solche Richtung auch Protest erhebt und damit seine gewichtige Stimme bei den Verhandlungen im Reichstag in die Wagschaale legt.

Vorsitzender. Ich glaube im Namen des Vorstands auf die Frage, ob er die übrigen Bestimmungen erwogen habe, antworten zu dürfen, dass er sehr gern bereit ist, auch auf den weiteren Inhalt des Entwurfes, der auch uns Anstoss gegeben hat, sich einzulassen. Wir haben nur bis jetzt nicht geglaubt, dieses thun zu dürfen, da wir die Stimmung des Vereins nicht kannten, sondern einen bestimmten Auftrag nur in Bezug auf die Trinkerasyle hatten. Wenn aber der Verein in seiner Majorität der Ansicht beistimmt, die Herr College *Mendel* geäussert hat, so wird der Vorstand gern bereit sein, auch die Wünsche des Vereins, so gut wie er es

versteht, in Bezug auf die anderen Punkte dem Reichstag vorzulegen. Ich darf also die Frage an den Verein richten, ob er, falls das Gesetz wieder vorgelegt wird, den Vorstand beauftragt, wie Herr College *Mendel* beantragte, alle diejenigen Punkte, welche in irrenärzlicher Hinsicht einen Anstand erregen würden, in der Petition an den Reichstag zur Sprache zu bringen.

Stark. Nach meinem Gefühl sind wir nicht berechtigt, in dieser Frage unsere Stimme jetzt zu erheben. Wir sprechen nicht als Aerste, sondern als Irrenärzte, die eine Bestrafung der Trunksucht wünschen. Wie der Staat die Leute betrachtet, das geht uns gar nichts an. Die Frage, ob den Leuten Kost entzogen werden darf oder nicht, ist eine Frage, die die Organisation der Zuchthäuser betrifft, und hierüber haben wir jetzt keine Veranlassung uns zu äussern. Die Frage ist principiell. Es handelt sich nicht um den einzelnen Fall, sondern um die principielle Frage, ob der Staat überhaupt berechtigt ist, die und die Entziehung zu machen, und in welchem Fall. Deshalb, glaube ich, entfernen wir uns vom Boden, auf welchen wir eigentlich stehen.

Mendel. Es handelt sich auch um die Abänderung des § 51 des Deutschen Str. G. B., die Zurechnungsfähigkeitsfrage. Sie wissen, dass wir uns mit diesem Paragraphen s. Z. sehr lebhaft beschäftigt haben, und ich glaube, dass der Verein der deutschen Irrenärzte alle Veranlassung hat, wenn ein Paragraph in einer Weise abgeändert wird, die einer grossen Majorität der Irrenärzte nicht zusagt, seine Stimme zu erheben und zu sagen: So wünschen wir es nicht. Was aber den Strafvollzug anbelangt, so scheint es mir doch auch eine höchst wichtige ärztliche Frage zu sein, ob man gerade mit der Abänderung eines Strafvollzugs anfangen soll, die nach meiner und der wahrscheinlich grossen Mehrzahl der Aerzte Ueberzeugung direct die etwa heilbaren Kranken unheilbar macht. Es scheint recht eigentlich eine ärztliche Frage zu sein. Ich möchte übrigens noch auf einen Punkt aufmerksam machen, der von grosser Wichtigkeit ist und gegen das Schweigen der deutschen Irrenärzte spricht. Der Vorstand hat diesmal lediglich in Richtung der Trinkerasyle petitionirt, und im Reichstag musste daraus die Idee entstehen, dass im Uebrigen er mit dem Gesetzentwurf einverstanden in den Punkten, die sonst noch zur Sprache kommen. Dies Einverständniss würde ein gewichtiges Wort für die Abänderung der gesetzlichen Bestimmungen, gegen die meiner Ansicht nach die Majorität auftreten muss, sprechen. Ich möchte also an Sie die Bitte richten, den Vorstand zu beauftragen, alle diejenigen Punkte, die für die irrenärztliche Wissenschaft von Bedeutung sind, und die vielleicht in der nächsten Session des deutschen Reichstags vorkommen, dem Vorstande zur Erwägung resp. Abfassung einer Petition zu überlassen.

Pelman. Ich hatte vor, mich auch dagegen auszusprechen, dass weiter auf die Sache eingegangen wird, als von Seiten des Vorstandes bereits geschehen ist. Seit den Ausführungen des Collegen *Mendel* bin ich etwas

unsicher geworden. Ich möchte aber darauf hinweisen, dass wohl nie ein schwerfälligeres und unpractischeres Gesetz emanirt worden ist, als das Trinkergesetz, und ich glaube, unsere ganze Theilnahme wird hinfällig; denn dass dies Gesetz Aussicht hat, angenommen zu werden, glaube ich nicht. Ich glaube nicht, dass es in dieser Form nochmals vorgebracht wird. Wir müssen uns sehr hüten, uns in irgend einer Weise zu engagiren, denn ohne bedeutende Abänderung daran wird es kaum durchgehen, und ich glaube, dass das doch hinreichen wird, wenn wir auf den ersten Punkt eingehen und den zweiten vorläufig ausser Acht lassen.

Vorsitzender. Wenn ich recht verstanden habe, wünschen Sie, dass der Vorstand sich auch bei etwaiger Wiedervorlage des Gesetzes nur an die Frage der Trinkerasyle halten solle und die anderen psychiatrisch wichtigen Fragen, die darin vorkommen, nicht zum Gegenstand einer Besprechung machen solle?

Pelman. Ich meine, wir sollten uns nicht zu tief engagiren in der Sache.

Vorsitzender. In Bezug auf die Aeusserung des Herrn Collegen *Mendel*, dass im Reichstag die Ansicht verbreitet sein könnte, als ob der Vorstand seine Zustimmung zu dem übrigen Inhalte des Gesetzes gegeben hätte, möchte ich doch berichtigend bemerken, dass der Vorstand ausdrücklich in der Petition erklärt hat: „Einer Aeusserung zu dem vorliegenden Gesetzentwurf enthält sich der Vorstand, da er die Ansicht der deutschen Irrenärzte darüber zu hören ausser Stande gewesen ist, und beehrt sich nur dem lebhaften Wunsche Ausdruck zu geben, dass der Reichstag in Erwägung der grossen Schwierigkeit der in dem Entwurfe berührten technischen Fragen bei dessen Berathung womöglich auch sachverständige Aerzte anhören wolle.“ Er hat damit andeuten wollen, dass bis jetzt die Frage nicht genügend sachverständig geprüft worden zu sein schien.

Dr. *Hoffmann.* Können Sie die beiden Anträge nicht insofern vereinigen, dass Sie also, wie der Vorstand vorschlägt, in Bezug auf die Errichtung der Trinkerasyle bei Ihrem Entwurf bleiben und zugleich den Wunsch aussprechen, dass über die Redaction des Gesetzes überhaupt, insoweit als es psychiatrische und psychologische Fragen betrifft, von grossem Nutzen wäre, wenn fachkundige Männer zu Rathe gezogen würden. Denn ich muss Ihnen gestehen, ich würde mich doch scheuen, obgleich ich im Ganzen der Ansicht des Herrn Collegen bin, dem Vorstand anzuvertrauen: Opponiren Sie in unserem Namen! Es sind manche Punkte darin, die sehr durchgesprochen werden müssen, manche Punkte würden uns einen Tag beschäftigen, die Meinungen vielleicht sehr hef[illegible] [illegible]inander platzen, Punkte, die ich von äusserster Wichtigkeit halt[illegible] von viel geringerer Bedeutung. Ich halte z. B. den Punk[illegible] [illegible]runk oder Branntweinkranke mit schlechter Kost beh[illegible] [illegible]und verbrechen, denn [illegible] [illegible]s allergröss[illegible] [illegible]em, chronisches Leiden [illegible] schlech[illegible] [illegible]sch. denn mehr wie O[illegible] [illegible]ach m[illegible] [illegible].

schwierig sein, wir werden es in den zwei Tagen nicht fertig bringen, uns zu einigen. Wir würden unsere Pflicht der Wissenschaft gegenüber erfüllen, wenn wir den bestimmten Wunsch aussprächen, dass selbst bei Berathung des ganzen Gesetzes bei verschiedenen Punkten, die äusserst wichtig wären, der Reichstag einige Collegen zu Rathe zöge.

Reissner. Ich möchte die Herren doch bitten, dem Vorstand eine gewisse Vollmacht zu ertheilen und zwar aus practischen Gründen. Nach der Art und Weise, wie bei dem Reichstag gearbeitet wird, fürchte ich sehr, dass diese Commission von sachverständigen Psychiatrikern nicht eintritt, und es wäre sehr leicht möglich, dass wir mit unseren Absichten vollständig in's Wasser fielen. Wenn aber der Vorstand vorher beauftragt wird, ein Promemoria abzufassen, so hat er vielleicht Veranlassung, eine ausserordentliche Versammlung einzuberufen. Wir sollten jedenfalls bemüht sein, dass das Gesetz nicht durchgeht.

Dr. *Hoffmann.* Es wird nicht schwieriger sein, eine Eingabe des Vereins zu den Acten zu legen, als die Commission nicht einzuberufen.

Reissner. Das Eine ist aber da, das Andere ist nicht da.

Mendel. Ich möchte in factischer Beziehung bemerken, dass davon gar keine Rede sein kann, dass man, wenn einmal der Gesetzentwurf dem Reichstag vorgelegt wird, noch Aerzte ruft. Sie wissen, dass bei der Regierung die Aerzte für innere Krankheiten nicht in allzu hohem Ansehen stehen, und man sich also nicht beeilen wird, sie um Rath zu fragen. Die Herren, die die Motive gelesen haben, werden ausserdem gerade darin sehr schwere Anschuldigungen speciell gegen die sachverständigen Aerzte finden, und dass man der Bitte um Einberufung von Sachverständigen, die geradezu discreditiv sind, willfahrt, glaube ich nicht. Im Uebrigen sind ja die Sachen unter den Irrenärzten so wenig zweifelhaft im grossen Ganzen, dass wir sehr wohl zu unserem Vorstand das Vertrauen haben können, dass er diejenigen Punkte, auf die es wesentlich ankommt, im Sinne der Allgemeinheit auffassen wird. Ich glaube, dass wir ganz ohne Besorgniss dem Vorstand das Vertrauen nach dieser Richtung entgegenbringen können, dass er, im Fall der Gesetzentwurf wieder auf der Tagesordnung erscheinen sollte, mit einer Petition an den Reichstag vorgehen wird. Im Uebrigen ist es gar nicht unmöglich, dass die Regierung doch wieder in demselben Sinne wie bisher den Gesetzentwurf vorlegt, wenn auch diesmal aus dem ganzen Gesetz nichts geworden ist.

Prof. *Westphal.* M. H. Ich glaube auch nicht, dass es sich empfehlen würde, wenn der Vorstand Kritik an jede einzelne Bestimmung des Gesetzentwurfes üben würde, und meine auch, dass es zu weit gegangen wäre, wenn er damit beauftragt würde. Wohl aber können Sie ihn ohne Gefahr damit beauftragen, in der zu erlassenden Petition die allgemeine Richtung zu bezeichnen, nach welcher hin wir ein solches Gesetz erlassen sehen möchten.

Mendel. Dann möchte ich zu meinem Antrag sagen, dass ich ihn in dem Sinne wie Prof. *Westphal* von vornherein aufgefasst habe.

Der Antrag von *Mendel:* „Der Vorstand wird ermächtigt, im Fall dem nächsten Reichstage ein Gesetzentwurf über die Bestrafung der Trunkenheit vorgelegt werden sollte, in einer Petition an den Reichstag diejenigen Punkte hervorzuheben, welche ihm vom psychiatrischen Standpunkte etwa einer Aenderung zu bedürfen scheinen" wird von der Versammlung angenommen.

Der Vorsitzende erstattet nun den „Bericht des Vorstandes in Bezug auf die Beschlüsse des Vereins über die Ueberbürdungsfrage auf höheren Schulen". Der Beschluss in Eisenach lautete: „Der Vorstand wird damit betraut, die Frage wegen Ueberbürdung unserer Jugend auf den Gymnasien etc. in die Hand zu nehmen ev. durch weitere Cooptirung sich zu verstärken und darüber womöglich schon in der nächsten Jahresversammlung dem Vereine Bericht zu geben." Seit der Versammlung in Eisenach sind sowohl hinsichlich der Frage, ob überhaupt eine Ueberbürdung stattfindet, als hinsichtlich derjenigen der grösser gewordenen Frequenz der Geistesstörungen unter den Schülern höherer Lehranstalten vielfache Zweifel laut geworden, mancherlei Thatsachen dagegen beigebracht worden, deren Kenntniss bei den Vereinsmitgliedern ich voraussetzen darf. Es ist eine müssige Sache zu erörtern, ob Angesichts aller der Verhandlungen, welche von Schulmännern und Aerzten über die Ueberbürdung seitdem in die Oeffentlichkeit getreten sind, die Ansichten der Fachgenossen sich nicht in einer oder anderer Hinsicht modificirt oder geklärt hätten. Die Eisenacher Versammlung hat mit einer Mehrheit von einer Stimme die Ueberbürdung anerkannt, und von dieser Resolution ist vielfach in weiteren Kreisen Gebrauch gemacht worden. Der Vorstand hat deshalb die Bedenken, die mehrere Mitglieder hinsichtlich der Frage der Ueberbürdung hegten, aus dem Kreise seiner Erörterungen ausschliessen zu müssen geglaubt und sich einfach an die ihm übertragene Aufgabe gehalten. Zu dem Ende erschien ihm vor Allem, da die statistischen Grundlagen über die Häufigkeit von Geistesstörung in bestimmten jugendlichen Altersclassen, speciell bei den Schülern höherer Lehranstalten, fast ganz mangelten, nothwendig, den Versuch zu machen, ein genügendes wissenschaftliches Material zu beschaffen. Nach dem Wunsch der Eisenacher Versammlung hat er die Collegen *Snell*, *Pelman* und *Hasse* zu den Berathungen über Aufstellung von Fragen, die der Vorsitzende vorläufig entworfen hatte, zugezogen. In einer Sitzung in Hannover am 19. März c. — College *Pelman* war durch eine Reise verhindert — sind diese Fragen berathen und festgestellt worden, und College *Guttstadt* in Berlin hat uns bei Fassung derselben in Form verschiedener Zählblättchen freundlichst unterstützt [1]). Indem ich bitte, diese

---

[1]) Fragen des Vorstandes des Vereins der deutschen Irrenärzte an die Vereinsmitglieder 1881. 1. Zahl der beobachteten Personen. 2. Alter der

Fragen, welche wir durch den Druck vervielfältigt haben, den Herren Collegen zur besseren Uebersicht zur Vertheilung zu bringen, und dieselben somit Ihrer Berathung zu unterziehen, bemerke ich, dass der Vorstand sich dahin geeinigt hat, die Untersuchung zunächst nur auf das männliche Geschlecht, auf das Lebensalter von 15—20 Jahren, aber über alle Berufsclassen, also auch Nichtschüler, zu richten, und die Beobachtungsgrenze über die letzten 5 Jahre nicht ausgedehnt hat, weil die Beibringung sicheren Materials manchen Aerzten für eine längere Periode wahrscheinlich sehr schwer sein wird. Dem Antrag eines Commissionsmitgliedes, die Fragen an sämmtliche Aerzte zu richten, konnte der Vorstand in seiner Majorität sich nicht anschliessen, weil er ein zuverlässiges Material dadurch zu gewinnen kaum zu hoffen wagte, sondern zunächst nur sich berufen hielt, das Interesse der Vereinsmitglieder als vorzugsweise Sachverständige für die Erledigung dieser Untersuchung anzurufen. Der Erwähnung des Umstandes indessen, dass den Aerzten an öffentlichen Irrenanstalten immer nur ein geringer Theil der einschlägigen Fälle bei Schülern höherer Lehranstalten zur Beobachtung kommt, schlägt der Vorstand vor, speciell auch die Aerzte an Privatanstalten für Nerven- und Geisteskranke, an offenen Kur- und Kaltwasserheilanstalten, soweit sie nicht schon dem Verein angehören, zur Betheiligung einzuladen. Der Vorstand fasst demnach seinen Bericht über die Ausführung des Beschlusses dahin zusammen: „Der Vorstand des Vereins deutscher Irrenärzte hat in Folge des ertheilten Auftrags, die Frage wegen Ueberbürdung der Schüler an höheren Lehranstalten eventuell durch weitere Cooptation zu berathen und womöglich schon in der nächsten Jahresversammlung Vorlagen zu machen, unter Heranziehung der Herren Collegen *Snell*, *Pelman* und *Hasse* am 19. März in Hannover beschlossen, falls der Verein das weitere Eingehen in diese Frage in seiner heutigen Versammlung beschliessen sollte, ihm als Grundlage für die Erörterung der Frage, ob und inwieweit eine etwaige Ueberbürdung der Schüler höherer Lehranstalten als Ursache der Entstehung von Geistes- und Nervenkrankheiten nachgewiesen werden kann, die Ausfüllung des folgenden Schema's durch die Vereinsmitglieder in Vorschlag zu bringen, und da aus naheliegenden Gründen den Aerzten an öffentlichen Irrenanstalten immer nur ein verhältnissmässig geringer Bruchtheil der einschlägigen Fälle zur Beob-

---

Beobachteten von über 15—16 Jahr, 16—17, 17—18, 18—19, 19—20. 3. Ursache der Erkrankung: a) Erblichkeit und Familienanlage; b) abnorme geistige Anlage und Entwicklung; c) abnorme körperliche Anlage und Entwicklung; d) vorgängiger Einfluss besonderer Krankheiten auf die Gesundheit: 1) Typhus, 2) Gehirnentzündung; e) Selbstbefleckung; f) Einfluss verkehrter Erziehung; g) geistige Ueberanstrengung; h) körperliche Ueberanstrengung; i) andere Ursachen; k) Ursache unbekannt und nicht angegeben. 4. Verlauf und Ausgang: genesen, gebessert, ungeheilt, gestorben, noch in Behandlung verblieben.

achtung kommt, dem Verein anheimzugeben, die Mitwirkung der Aerzte ausserhalb des Vereins auf Aerzte an Privatanstalten für Nerven- und Geisteskranke, an offenen Kur- und Wasserheilanstalten zu beschränken, und solche in geeigneter Weise zu veranlassen." Ich eröffne die Discussion über diesen Bericht.

Hasse. Den Vorschlägen gegenüber, welche Ihnen der Vorstand zur Annahme empfohlen hat, gestatten Sie mir wohl, die Stellung zu präcisiren, welche ich in dieser Frage einnehme.

Ich muss zunächst hervorheben, dass mein Vortrag, welchen ich im August vorigen Jahres in Eisenach über den vorliegenden Gegenstand gehalten habe, in einem wesentlichen Punkte von vielen Seiten, auch von einem Theil meiner Specialcollegen missverstanden worden ist, oder ich könnte sagen, dass ich mich Eingangs meines Vortrages vielleicht nicht präcise genug ausgedrückt habe, so dass ein Missverständniss möglich wurde.

Man hat nämlich, wie mir dies erst später klar geworden ist, meinen Darlegungen folgenden Gedankengang gegeben.

7 Gymnasiasten sind im Laufe von $1\frac{1}{2}$ Jahren an Geistesstörung in Folge von Ueberbürdung behandelt worden und da, wie bekannt, die Geistesstörungen in den letzten Decennien bedeutend zugenommen haben, so liegt ein Theil dieser Schuld an der Ueberbürdung der Gymnasiasten.

Wer meinen Vortrag ohne Voreingenommenheit gehört, resp. gelesen hat, namentlich aber derjenige, welchem sich die Gelegenheit geboten hat, den in demselben angezogenen populär gehaltenen Artikel in den Braunschweiger Anzeigen zu lesen, der wird wissen, dass der Zusammenhang, in welchen ich diese beiden Thatsachen gebracht habe, ein ganz anderer ist und dass meine Schlüsse und Folgerungen ganz andere sind, als die, welche man mir unterschoben hat. Noch heute, meine Herren, halte ich an der Behauptung fest, dass der status nervosus unserer Tage, dass die nervöse Schwäche der Boden ist, auf welchem die Geisteskrankheiten so rasch sich entwickeln und in der Folge noch rascher sich entwickeln werden, und dass das Uebermaass der geistigen Anstrengung unserer Jugend auf den höheren Lehranstalten (humanistische Gymnasien, Realschulen und höhere Mädchenschulen) bei Vernachlässigung der körperlichen Ausbildung, eine von den verschiedenen Ursachen ist, welche geeignet erscheint, diesen status nervosus zu verschärfen und zu verbreiten.

Wird dies zugegeben, dann ist aber auch die Schlussfolgerung eine durchaus berechtigte, dass die Ueberbürdung einen Theil der Schuld an der Zunahme der Geistesstörungen unserer Zeit trägt. Die von mir angezogenen Fälle habe ich nur als Illustration benutzen wollen und nur zu dem Zwecke eingehender behandelt, um nachzuweisen, dass die Ueberbürdung wirklich den gedachten Effect haben kann und in der That auch hat. Dies zur Berichtigung. Was nun die Vorschläge selbst betrifft, welche der Vorstand des Vereins der deutschen Irrenärzte Ihnen zur Annahme empfohlen hat, so ge-

stehe ich offen, dass ich mich mit denselben, wie sie die Ueberbürdungsfrage entscheiden sollen, nicht befreunden kann; und zwar aus dem einzigen, aber, wie mir scheint, äusserst wichtigen Grunde, weil ihr Rahmen zu eng ist. Ich erlaube mir hier etwas weiter auszuholen. Einem grossen Theil der hier versammelten Collegen wird die Petition, welche im Jahre 1874 von dem Verein der deutschen Irrenärzte an das Preussische Cultusministerium gerichtet worden ist, wenigstens dem Wortlaute nach, worauf es mir, ganz abgesehen von der Tendenz, hier besonders ankommt, nicht bekannt sein. Sie lautet im kurzen Auszuge, aber wörtlich, folgendermaassen:

„Ew. Excellenz erlaubt sich der gehorsamst unterzeichnete Vorstand des Vereins deutscher Irrenärzte nachstehende Bemerkungen ehrerbietigst zu unterbreiten, als die Standpunkte der deutschen Psychiatrie der Unterrichtsfrage gegenüber, welche, dem Vernehmen nach, in der nächsten Zeit einer neuen gesetzlichen Regelung entgegensieht. Es hat kein anderer Berufskreis mehr Gelegenheit den Schaden zu beobachten, welcher ein fehlerhaft geleiteter Unterricht anrichtet, als der Stand der Irrenärzte, welcher die Zerrüttungen des Gehirn- und Nervenlebens zu seinem speciellen Studium macht und nur zu oft die Wurzeln der Abnormitäten bis in die Schule verfolgen kann. Wir glauben uns daher auch verpflichtet, die Erfahrungen unserer Wissenschaft den Principien des jetzigen Unterrichtswesens gegenüberzustellen und auf die Gefahren der jetzigen Praxis aufmerksam zu machen.

Die erste Folge eines unklaren, nicht richtig psychologisch fortschreitenden Unterrichts ist die Maasslosigkeit in der Zeit, welche für den Unterricht gefordert wird. Es ist in der That schwer begreiflich, wie man einem Kinde zumuthen kann, nach sechsstündigem Schulunterrichte zu Hause erst recht anzufangen, sich das einzuprägen, was in der Schule gefordert wird. In vielen Schulen geht dies soweit, dass die Schulstunden nur dazu missbraucht werden, die häuslichen Arbeiten der Schüler zu controliren.

Wenn hierzu noch eine unwissenschaftliche Methode, eine Ueberbürdung des Gedächtnisses mit unverstandenem Material kommt, so kann man sich kaum eine wirksamere Störung der naturgemässen geistigen Entwickelung denken, welche grade die besten Naturanlagen am verderblichsten schädigt. Indem ein solches Unterrichtssystem die Fähigkeit der Schüler zur Weiterbildung abschwächt, zerstört es zugleich den Trieb zum Lernen und Weiterstreben.

Wie zerrüttend ein falsches Unterrichtssystem auf zarte, ängstliche Gemüther wirken kann, wird Jeder mit Betrübniss bestätigen, der Gelegenheit gehabt hat, derartige Beobachtungen zu machen. Wie manche ehrliche, zu den schönsten Hoffnungen berechtigende Natur unterliegt den Qualen eines so widernatürlichen Kampfes. Wir sind daher der Ansicht, dass es im Interesse der Schulen dringend geboten ist, die

häuslichen Arbeiten der Schüler möglichst zu beschränken u. s. w."

Meine Herren, wie ganz anders lauten diese Ansichten des Vereins der deutschen Irrenärzte vom Jahre 1875 und derjenigen, auf welche die bekannten Ausführungen des Preussischen Staatsministers von Puttkamer in der Sitzung des Preussischen Abgeordnetenhauses vom 13. December 1880 sich stützen!

Oder sollten die der Jugend im Jahre 1875 drohenden Gefahren im Jahre 1880 nicht mehr vorhanden sein? Meine Herren, hüten wir uns, dass wir uns nicht compromittiren. Fassen wir die Sache wenigstens da an, wo allein, die ganze Wahrheit zu hören, mit Bestimmtheit erwartet werden darf.

Der jetzige Vorstand der deutschen Irrenärzte schlägt Ihnen vor, die Enquête auf den Beobachtungskreis der Collegen, welche Irrenärzte sind, zu beschränken. Glaubt denn aber nur Einer von Ihnen, dass dabei etwas Anderes herauskommt, als das, was wir bereits damals aus dem Munde des damaligen Preussischen Unterrichtsministers vernommen haben? Dass die Fälle von Geistesstörung bei Gymnasiasten etc. zu vereinzelt vorkämen, als daraus Schlüsse zu ziehen, ähnlich wie ich dies gethan?

Darum erscheint es dringend geboten, uns nach Bundesgenossen umzusehen, die zahlreichere Beobachtungen gemacht und eine grössere Erfahrung haben. Wir müssen uns in dieser Frage an alle unsere Collegen, an den gesammten ärztlichen Stand mit der Bitte wenden, uns bei der Herbeischaffung des Materials behülflich zu sein. Und ich zweifle keinen Augenblick, dass dies so massenhaft sein wird, dass es die in der besagten Petition des Vereins der deutschen Irrenärzte im Jahre 1875 aufgestellten Behauptungen sowie die Richtigkeit meiner Ansicht vollauf bestätigen wird.

Ich schlage Ihnen deshalb vor, die Ueberbürdungsfrage mit folgendem Antrage weiter zu verfolgen:

„Der Verein der deutschen Irrenärzte von der Ansicht ausgehend, dass die bei der Jugend auf den höheren Lehranstalten (Gymnasien, Realschulen, höhere Mädchenschulen) auftretenden schweren Nerven- und Gehirnkrankheiten, in specie Geistesstörungen, nur in verhältnissmässig sehr beschränkter Zahl zur Behandlung von Aerzten an Irren-, besonders öffentlichen Irrenanstalten kommen, der weitaus grösste Theil dieser Fälle von den Hausärzten, oder Badeärzten, ganz besonders aber von Aerzten an Kaltwasserheilanstalten behandelt wird, wendet sich, um ein zutreffendes Bild von dem Schaden zu erhalten, den, wie wir behaupten, die allzu grosse Inanspruchnahme der Geisteskräfte, insonderheit des Verstandes und des Gedächtnisses unserer Jugend auf diesen Schulen anrichtet, mit der Bitte an die ärztlichen Vereine Deutschlands, zur Sammlung geeigneten Materials [illegible] Hand leisten zu wollen. Es würde den einzelnen Vereinen [illegible] müssen, für diesen Zweck denjenigen Weg zu wählen, welchen [illegible] geeigneten halten. Dagegen gestattet sich der Verein der deutschen [illegible]

ärzte einen Fragebogen vorzulegen, der im Grossen und Ganzen als Unterlage für die Beantwortung dienen müsste."

In meinem Vortrage am 3. August vorigen Jahres zu Eisenach habe ich als gemeinsames charakteristisches Symptom in den von mir angezogenen Fällen die nervöse Erschöpfung bezeichnet. Ich muss Werth darauf legen, dass bei der anzustellenden Enquête alle solche Erkrankungen, welche diesen Stempel tragen, ob mit, ob ohne Psychose, die, was ich zugebe, nur zufällig ist, da sie vorzugsweise von der Persönlichkeit resp. von der psychopathischen Belastung der Persönlichkeit bedingt wird, mit berücksichtigt werden.

Ich muss ferner Werth darauf legen, dass alle jene Fälle in die Verzeichnisse mit aufgenommen werden, welche zur Blutsverwandtschaft der Psychosen gehören, welche als Träger für die Fortpflanzung derselben von Geschlecht auf Geschlecht zu betrachten sind, ich meine die hypochondrischen, hysterischen Zustände, ich meine die verschiedenen Veitstanzformen, ich meine die Epilepsie. Ausserdem wären dahin noch zu rechnen die verschiedenen Neuralgien, namentlich die Trigeminus-Neuralgie, anhaltender Kopfdruck, hartnäckige Schlaflosigkeit, Angstzustände u. s. w.

Ich muss Werth darauf legen, dass alle die psychischen Abnormitäten Berücksichtigung finden, die in unmittelbaren Zusammenhang mit der Onanie zu bringen sind, da nach meiner Erfahrung und Beobachtung die Neigung zur Onanie, überhaupt geschlechtliche Erregungszustände in sehr vielen Fällen gerade durch das lange Sitzen zur Zeit der Geschlechtsreife bedingt werden, und die Onanie als besonders begünstigendes Element für die Entwickelung der Psychose im jugendlichen Alter zu betrachten ist.

Ich lege endlich Werth darauf, dass ein besonderes Capitel für Selbstmord und Selbstmordneigung als psychische Krankheitserscheinung reservirt bleibt.

Sie können an diesen Forderungen, meine Herren, erkennen, wenn wir den Umfang des Schadens, die Gefahren prüfen wollen, welche unserer Jugend auf den höheren Lehranstalten in Bezug auf die Erhaltung ihrer geistigen Integrität durch die Anforderungen der Schule drohen, wir die Mitwirkung des gesammten ärztlichen Standes nöthig haben. Dann kann aber auch der Fragebogen nicht so bleiben, wie er Ihnen vom Vorstande des Vereins der deutschen Irrenärzte vorgeschlagen ist. Diesem gegenüber gestatte ich mir, gestützt auf meine obigen Ausführungen folgende Fragestellung Ihnen zur Annahme empfehlen zu müssen:

1) Wie viele Fälle von eigentlicher Geistesstörung haben Sie in Ihrem Wirkungskreise unter den Schülern und Schülerinnen höherer Lehranstalten in den letzten Jahren beobachtet?

2) Wie viele Fälle von nervöser Erschöpfung, in ihren verschiedenen Graden und Formen?

3) Wie viele Fälle von anderen Gehirn- und Nervenleiden, von Hysterie und Hypochondrie, von Veitstanz und Epilepsie, von Neuralgien, in-

sonderheit der Trigeminus-Neuralgie, des Kopfdrucks, anhaltender Schlaflosigkeit und von Angstzuständen?

4) Wie viele Fälle von psychischen Exaltations- und Depressionszuständen, welche erwiesener Maassen in einem ursprünglichen Zusammenhang mit der Onanie zu bringen sind?

5) Wie viele Fälle von Selbstmord und Neigung zum Selbstmord? und

6) In wie vielen Fällen ist die Ueberbürdung mit Arbeit als die einzige, in wie vielen Fällen als die mitwirkende Ursache der psychischen resp. nervösen Erkrankung anzusehen?

Was die Form anbelangt, in welcher nach meinem Dafürhalten die Ueberbürdungsfrage am zweckmässigsten und raschesten erledigt werden könnte, so glaube ich empfehlen zu dürfen, dass für den Fall der Annahme meiner Vorschläge, der Vorstand des Vereins der deutschen Irrenärzte, oder eine besonders zu erwählende Commission, sich im Auftrage des Vereins derselben mit dem Vorstande der Deutschen Aerztevereine in Verbindung setzt und auf Grundlage obigen Fragebogens die Verhandlungen mit demselben eröffnet.

Fürstner. M. H., der Verein deutscher Irrenärzte hat sich zunächst mit geistigen Krankheiten zu beschäftigen, in zweiter Stelle mit Neurosen, die damit in engstem Zusammenhang stehen. Wir sind oft genug in der Lage, in der Praxis eine Frage an einen Collegen zu richten über Geisteskrankheiten, über Nervenkrankheiten, die im engsten Zusammenhang stehen und Sie werden die Erfahrung gemacht haben, dass es schon recht schwer hält, Auskunft zu bekommen. Ich halte es für sehr bedenklich, wenn wir uns mit so vagen Fragen, wie Status nervosus und Nervenerschöpfung an die Collegen wenden. Ich glaube, dass die Quantität recht bedeutend sein wird, aber die Qualität nicht so, dass wir einer so einschneidenden Frage gegenüber urtheilen könnten, und wenn 1874 der Verein deutscher Irrenärzte ein Gutachten abgegeben, was vielleicht heute doch das eine oder andere Mitglied stutzig gemacht hat, sollten wir heute doppelte Vorsicht üben und nicht die Frage entscheiden, ehe sie von fachmännischer Seite geprüft ist. Die Adresse von 1874 hat doch wesentlich anderen Sinn, als diese Vorschläge. Es handelte sich um zweckmässigen Unterricht, nicht um Ueberbürdung. Ich kann sehr zwecklos unterrichten. Wenn ich aber zweckmässig unterrichte, greift es das Hirn des Betreffenden nicht sonderlich an. Das ist ein sehr grosser Unterschied, den College *Hasse* übersehen hat. Es sollte der Verein der deutschen Irrenärzte selbst suchen, das Material hierzu zu beschaffen. Wir werden hinreichend Gelegenheit haben, es privatim und in der Privatpraxis kennen zu lernen. Wenn das Material einmal beisammen und sorgfältig gesichtet ist, werden wir sehen, ob so zu entscheiden ist, wie es im vorigen Jahre geschah. Ich möchte mich unbedingt dagegen aussprechen, jetzt schon an die Collegen mit solcher Fragestellung uns zu wenden, wenn mich Jemand fragen sollte, wieviel Fälle von Nervosität mir vorgekommen seien, würde ich sagen: Das weiss ich

nicht. Nach einigen Tagen ist der Status nervosus verschwunden, ein anderer College stellt eine andere Diagnose. Wo soll da das Material kommen in einer so einschneidenden Frage, die doch von interessirter Seite so ausgebeutet wird. Darüber werden Alle nicht im Zweifel sein, dass die Frage über Ueberbürdung ausgebeutet wird von zum Theil recht interessirter Seite. Ich möchte gerade um Vorsicht bitten, weil College *Hasse* nochmals auf die Petition von 1875 mit Unrecht hingewiesen hat.

Runge. M. H. Erlauben Sie, dass ich als Hospitant ein paar Worte rede. Es ist mir nicht möglich geworden, mein Material zu einem Vortrag umzuarbeiten, weil ich erst vor ein paar Tagen mich damit beschäftigen konnte. Ich habe das Material verschiedener Jahre zusammengestellt, um ein Urtheil über diese Frage zu gewinnen. Die Gesammtzahl der Patienten, die im Lauf der letzten 4 Jahre von mir behandelt wurden, war 2208 und darunter sind 75 pCt. Nervenkranke. Ich musste zunächst mein Material nach den Krankheiten theilen, dann musste ich es noch nach den Jahresclassen theilen und daraus irgend welche Schlüsse zu ziehen suchen. Ich muss gestehen, dass ich nur darauf einging, weil ich zuerst ein unbedingter Anhänger des Collegen *Hasse* war; aber im Verlauf meiner Arbeit zu ganz anderen Resultaten kam. Es betrug die Zahl der Kranken an schweren Nervenerkrankungen, Melancholie, Hypochondrie, Hysterie mit ausgeprägter Psychose und psychischen Erscheinungen von der Gesammtzahl 20 pCt. unter sämmtlichen Kranken, die Neurosis centralis 23 pCt., Nerven- und Hautschwäche, die man gewissermaassen dazu rechnen kann, leichte Erkältbarkeit 18 pCt., schwere Centralis degeneratio 7 pCt., schwere Neurosis, Ischias 6 pCt., zusammen 75 pCt. Daran schlossen sich 4 pCt. Syphilis, 13 pCt. Rheumatismus und Knochenleiden, 5 pCt. Hals- und Brustleiden und 3 pCt. Unterleibsleiden. Die Herren müssen natürlich mir zutrauen, dass ich ungefähr dieselben Krankheitsgattungen herauszufinden vermag bei den jugendlichen wie bei den späteren. In der ersten Gruppe, der melancholischen Gruppe in schwerer Form, der Hysterie mit ausgesprochener Psychose, es stossen daran Formen mit Epilepsie, in Summa 20 pCt. und zwischen 16 und 20 Jahren 28 pCt. Aber zwischen 21 und 30 auch 28 pCt., zwischen 30 und 40 19 pCt., zwischen 40 und 55 17 pCt. und nach 55 10 pCt. Die zweite Gruppe, die man heutzutage als Asthenia cerebralis, wohl auch leichte Hypochondrie, ganz leichte melancholische Verstimmungen bezeichnet, macht von der Gesammtzahl 23 pCt., unter jugendlichen Individuen unter 20 Jahren 29 pCt., von 21—30 22 pCt., von 30—40 25 pCt., später nach 55 wieder 29 pCt., also auch gar nicht ein hervorstechender Unterschied zu finden. Nerven- und Hautschwäche ist bei den jugendlichen am meisten vertreten, 27 pCt. der Gesammtziffer, gegen 18 pCt. Durchschnitt, dagegen sind centrale degenerative Syphilis, Trunksucht und ähnliche bedeutend zurück. Es handelte sich für mich nun um zwei Fragen, wie das jugendliche Alter unter den verschiedenen Individuen sich vertheilt, also wie viel junge Damen von 16 bis 20 Jahren und

wieviel junge Herren von 16 bis 20 Jahren, dann wieviel Kaufleute und wieviel Studirende. Da stellt sich das Verhältniss: 41 Damen, von denen litten an Hysterie 8, an Veitstanz 6, Neuroasthenie und leichter Melancholie 10, Anämie 11, und diversem Anderen 6. Also tritt hier wieder die Neuroasthenie in demselben Verhältniss hervor; unter Kaufleuten und Oekonmen, also alles Leute, die mit 16, 17 Jahren das Gymnasium verlassen, war das Verhältniss fast gerade so, unter Kaufleuten sogar die Neuroasthenie sehr stark vertreten. Ich will nun den Herren nicht zumuthen, dass ich Ihnen das Ganze mittheile. Vielleicht finde ich nächsten Winter Gelegenheit, es zusammenstellen zu lassen. Ich bin aber aus den anderen Erfahrungen, da ja auch für mich, wie für die meisten Herren, die übertriebene Beschäftigung des Gehirns unbedingt als Hauptursache für Neuroasthenie und schwere Formen anzusehen ist, zur Ueberzeugung gekommen, dass nicht in der Schule allein, sondern überhaupt im ganzen öffentlichen Leben die geistige Anstrengung eine solche Höhe erreicht hat, dass solche Zustände folgen müssen. Wenn wir nun aber nicht abschaffen können, dass die Herren, die in Ministerien arbeiten, sodann Kaufleute, die sehr grosse Geschäfte haben, ihr Gehirn übermässig anstrengen, muss ich es immer noch für nothwendig halten, dass sie bei Zeiten anfangen. Der junge Mann, der bei Zeiten 9—12 Stunden arbeitet, bringt es später fertig. Wer aber in der Jugend 3—4 Stunden arbeitet, kann später weder als Kaufmann, noch als Staatsbeamter die grosse Zahl von Stunden bewältigen, die er in Anspruch genommen wird und deshalb, wenn wir gründlich verfahren wollen, hilft es nicht, dass wir in den Schulen anfangen — es wird doch Streber geben, die auf irgend welche Weise soviel Stunden arbeiten, um später intensiv arbeiten zu können — sondern wir müssen die ganze Geschichte umstossen.

Westphal. Ich möchte darauf hinweisen, dass die Frage erst im Allgemeinen zur Discussion steht.

Vorsitzender. Ich ergreife das Wort, um einige Bemerkungen des Collegen *Hasse* nicht ganz ohne Gegenbemerkung vorübergehen zu lassen.

Er bezog sich einmal auf den Inhalt der Petition von 1874 und ich möchte, wie schon vom Collegen *Fürstner* erwähnt worden, doch hervorheben, dass damals es sich wesentlich um eine Petition in Bezug auf die Methode des Unterrichtes handelte, während es sich hier handelt um die ganz bestimmte Erörterung der Frage, ob ein bestimmter Schaden in der Form der Ueberbürdung der Arbeit vorliegt, und dieselbe in diesem Fall sich nicht auf die Methode zu beziehen hat. Der Vorstand hat aber durchaus nicht eine bestimmte Ansicht ausgesprochen, er hat nur zur Frage gestellt, ob eine Ueberbürdung vorhanden sei. Er hat die Ueberbürdung nicht geleugnet, sondern nur gewünscht, dass auch wirkliche statistische Resultate diese Behauptung unterstützen müssen, wenn ihr practische Folge durch Anträge auf ganz bestimmte Verbesserungen und Veränderungen gegeben werden soll. Was nun die Behauptung des Collegen *Hasse* an-

geht, dass er voraussetzen müsse, dass das Resultat einer statistischen Erhebung, wie sie jetzt vom Vorstand Ihnen vorgelegt worden ist, sich nicht unterscheiden würde von denjenigen Aeusserungen einzelner öffentlicher Irrenanstaltsärzte, auf welche der Minister von Puttkamer in der bekannten Sitzung im Winter sich berufen hat, so muss ich gestehen, dass dieselbe mich mit einigem Erstaunen erfüllt hat; denn die Aeusserungen einer gewissen Anzahl öffentlicher Irrenanstaltsdirectoren entsprechen ja durchaus nicht der Aeusserung aller der Mitglieder des Vereins. Der Verein umfasst eine grosse Menge von Mitgliedern, welche damals — es ist bei weitem die grösste — nicht gefragt worden ist. Die öffentlichen Irrenanstaltsärzte sind auch nicht immer diejenigen, welche vorzugsweise zur Beobachtung von solchen Kranken gelangen. Wenn also der Verein jetzt die Enquete ausdehnt auf mehrere hundert Sachverständige, gegenüber den 20, die damals gefragt worden sind, so scheint es doch etwas kühn, jetzt voraussehen zu wollen, dass sie nothwendig dasselbe Resultate haben müsste, als die damalige Aeusserung der Irrenanstaltsdirectoren. Was weiter die Form der Vorschläge betrifft, welche College *Hasse* gemacht hat, möchte ich doch im Interesse einer gesunden statistischen Erhebung darauf aufmerksam machen, dass man keine statistischen Erhebungen machen kann mit vagen und unbestimmten Ziffern, wo man mit statistischen Fragen vorgeht, die in ganz präciser Form gefasst werden müssen, und eine Reihe von solchen Fragen mit einer Menge von Unterabtheilungen, mit Zeichnungen einzelner Nervenzustände sich doch auch nicht in Form eines Zählblättchens unterbringen lassen. Uebrigens sind sämmtliche Fragen, welche College *Hasse* erwähnt hat, vollständig in nuce in den Fragen enthalten, welche Sie vor sich haben. Unter dem Ausdruck Nervenkrankheiten sind eben alle Formen der Nervenkrankheiten zu begreifen, Selbstmord ist erwähnt, Onanie ist erwähnt, Erblichkeit ist erwähnt, und ausserdem eine eine Menge Fragen, die College *Hasse* nicht erwähnt hat. Weiter ist von grösster Wichtigkeit für die Statistik, wenn Sie überhaupt eine solche wollen, dass auch bei Nichtschülern verglichen wird und nicht blos hervorragende einzelne Thatsachen, welche einem oder dem anderen vorkommen, herausgegriffen werden. Hierdurch sollen die Mitwirkenden gezwungen werden, den ganzen Kreis, den sie zu überschauen im Stande gewesen sind, auch mit zur Beantwortung der Frage zu verwerthen. Ich möchte also zunächst der Versammlung anheimgeben, über die Vorfrage zu entscheiden.

Hasse. Ich glaube, die beiden Herren Collegen *Fürstner* und *Nasse* haben da auch etwas hineingeschoben, was meiner Ansicht nach nicht das Richtige ist. College *Fürstner* sagt: es handelte sich bei der Petition der Irrenärzte von 1874 um die Methode. College *Nasse* sagt das auch. Allein es ist nicht der Fall. Es steht ausdrücklich ausgesprochen: der Schade wird hauptsächlich hervorgerufen durch die Maasslosigkeit in der Zeit in Bezug auf die Anforderungen, nicht von der Methode ist die Rede. Zur Zeit, im Jahre 1874, haben die deutschen Irrenärzte doch gefühlt, dass unsere

Jugend überlastet wird, und zwar nicht allein durch die Methode, sondern auch durch die Zahl der Stunden, die sie täglich in Anspruch genommen sind. Ich möchte rein persönlich noch erwidern. College *Nasse* meint, das wäre eine sehr kühne Behauptung, wenn ich sagte, dass eben die Puttkamer'sche Enquete gleichbedeutend wäre mit der Enquete, die wir anstellen würden. Damit will ich durchaus keinem einzigen der Herren zu nahe treten, sie werden vielleicht noch viel mehr zu Tage fördern. Ich habe nur damit aussprechen wollen, dass wenn wir, wie es hier in diesem Falle gewesen ist, nur Vorsteher von öffentlichen Irrenanstalten fragen, wenn wir den Kreis nicht erweitern, sondern nur weiter fragen, also etwa 40, 50, wir zu keinem anderen Resultat kommen werden; die anderen Herren werden ebensowenig Gelegenheit haben, die beginnende Psychose zu beobachten, wie sie an öffentlichen Irrenanstalten jemals vorliegt. Ich glaube deshalb auch nicht, dass College *Fürstner* Recht hat zu sprechen von Status nervosus als etwas Vagem. Ein practischer Arzt weiss genau, ob er nur mit Status nervosus zu thun hat oder mit psychischer Erkrankung, die in der Entwickelung begriffen ist, und alle diese Fälle bekommen wir als Anstaltsärzte nie zur Behandlung, die bekommen blos die practischen Aerzte. Ich würde also sehr bedauern, im Interesse der Sache, wenn wir heute zum Entschluss kämen, die Enquete solle nur beschränkt werden auf die Anstaltsärzte oder Privatirrenanstaltsärzte u. s. w. Wir werden dann nie die Wahrheit erfahren.

Vorsitzender. Wir wollen zur Stellung der Vorfrage übergehen, ob der Verein in dem Sinne, in welchem er im vorigen Jahre beschlossen hat, in die Frage jetzt weiter eingehen will, ob eine statistische Erhebung überhaupt vorgenommen werden soll, abgesehen, welche Form beabsichtigt ist. Ich bitte diese Frage zu discutiren.

Fürstner. Da der Vorstand sich einmal die Mühe gemacht hat, einen schönen Fragebogen zu entwerfen, so würde ich es bedauern, wenn die Sache im Sande verlaufen sollte. Einen gewissen Werth wird es immer haben, wenn auf Grund des Fragebogens, der aufgestellt ist, in öffentlichen Anstalten Erhebungen angestellt werden. Wir sind es dem Vorstand schuldig, nachdem wir seine Mühewaltung so sehr in Anspruch genommen haben. Ich würde den Antrag stellen, dass der Fragebogen in den Anstalten behufs Beantwortung vertheilt werde, nur in Anstalten.

Westphal. Ich habe mich schon in Eisenach darüber ausgesprochen, dass ich den Antrag des Collegen *Hasse* für keinen glücklichen halte. Damals wäre es mir von meinem Standpunkt am liebsten gewesen, die weitere Behandlung der Frage wäre a limine zurückgewiesen worden. Der Verein hat aber anders entschieden. Wie die Sache heute liegt, glaube ich, namentlich da College *Hasse* heute von Behauptungen spricht, die ihm „untergeschoben" worden sind — ich wüsste nicht, welche Behauptungen ihm untergeschoben worden sind, man hat nur das wiederholt, was er selbst gesagt hat — wie die Sache heute liegt, glaube ich, ist es im

wirklichen Interesse der Widerlegung der Ansichten des Collegen *Hasse*, wenn der Verein in der That auf die Frage weiter eingeht, und den Versuch macht, wenigstens eine Grundlage zu gewinnen für die Beurtheilung dieser Dinge; denn um mehr kann es sich gewiss nicht handeln, über die Frage selbst wird die Statistik allein nicht entscheiden können, darüber muss man sich vollkommen klar sein. Ich möchte also in der That bei der heutigen Lage der Sache, und da es kaum gelingen wird, Anhänger der Ueberzeugung, dass Ueberbürdung vorliegt und dass diese Ueberbürdung ausserordentlich häufig Geisteskrankheit hervorruft, anders zu widerlegen, als durch gründliche Behandlung der Frage an der Hand festgestellter Thatsachen, ich möchte, sage ich, in der That jetzt dafür stimmen, die Frage mit einer wissenschaftlichen Methode anzufassen, die bis jetzt nicht darauf angewendet worden ist. Ich würde mich also auch zunächst für statistische Erhebungen aussprechen.

Der Vorsitzende bringt die Frage zur Entscheidung: „Sollen überhaupt statistische Erhebungen in dieser Angelegenheit von Seiten des Vereins versucht werden?"

Es wird dieser Antrag mit Majorität angenommen.

Der Vorsitzende stellt dann die Frage zur Discussion: Soll man sich mit der Erhebung beschränken auf die vom Vorstand bezeichneten Kategorien, nicht blos öffentliche Irrenanstaltsärzte, sondern Aerzte an Privatanstalten für Nerven- und Geisteskrankheiten, offenen Kur- und Wasseranstalten, soweit sie nicht schon dem Verein angehören, zur Betheiligung einzuladen oder soll in dem Sinn, wie *Hasse* wünscht, eine Aufforderung ergehen an die allgemeinen Aerztevereine unter Vorlegung eines Fragebogens, der vom Verein ausgearbeitet wird.

Hoffmann wünscht möglichst weite Verbreitung an alle Irrenärzte und Kaltwasseranstalten.

Runge verlangt nicht nur die ärztlichen Vereine, weil sonst viele Anstalten nicht berücksichtigt würden.

Sander beantragt, dass man bei den Erhebungen lediglich bei den Irrenanstalten bleiben solle, um nicht ein unsicheres Resultat zu erhalten. — Nach Ablehnung dieses Antrages wird die Auffassung des Vorstandes, dass die Anfrage an die Mitglieder des Vereins, an Aerzte öffentlicher und Privatanstalten für Nerven- und Geisteskranke, an offenen Kur- und Kaltwasseranstalten zu richten sei, zum Beschluss erhoben.

Beim Eingehen auf die Berathung betreffend die Form der „Fragen" zieht *Hasse* seinen Vorschlag zurück.

Sander ist der Ansicht, dass Rubriken für individuelle Krankheiten für jeden einzelnen Fall angelegt werden müssen, wenn wirklich sichere Beobachtungen gemacht werden sollen.

Fürstner theilt *Sander*'s Ansicht. Der Vorstand möge die Frage nochmals in Erwägung ziehen und andere Vorschläge machen.

Der Vorsitzende: Der Vorstand hat die Schwierigkeit einer solchen

Fragestellung sich durchaus nicht verhehlt, und da er das statistische Material in kürzester Zeit zu beschaffen wünschte, war er hingewiesen auf die Vergangenheit und konnte nicht die Zukunft in Aussicht nehmen. Dass das grosse Schwierigkeit haben würde für den Einzelnen, dessen Notizen oder Gedächtniss in die Vergangenheit nicht soweit zurückreicht, konnte er sich durchaus nicht verhehlen, aber darum hat er nicht weiter als 5 Jahre zurückgegriffen. Dass auch dieses Vorgehen immer unvollkommen bleiben wird, dessen sind wir uns immer vollkommen bewusst. Dass ein Vergleich mit der Gesammtzahl allerdings nicht zu erreichen ist, weil eine derartige statistische Grundlage für die verschiedenen Gewerbe u. s. w. noch nicht existirt, darüber war er sich ebenfalls vollständig klar. Es kam ihm hauptsächlich darauf an, in einem gewissen Lebensalter Schüler und Nichtschüler zu unterscheiden, und um nicht die ganze Frage ad calendas graecas zu vertagen, musste er an die Vergangenheit appelliren. Wenn also überhaupt etwas geschehen soll, würde vor Allem darüber zu entscheiden sein, welche Grundsätze bei der weiteren Ausarbeitung, auch bei erneuerter Ausarbeitung die Versammlung für die richtigen hält. Es würde zunächst zu fragen sein: Soll überhaupt auf die Vergangenheit zurückgegriffen werden, oder sollen wir ganz davon absehen?

Hoffmann. Der Versuch wird ja möglich sein.

Mendel. Es wird soviel Statistik versucht, man bekommt sie massenhaft zur Hand von Behörden und Nichtbehörden, dass ich glaube, man sollte doch ein bischen vorsichtig sein, ehe man an eine neue Statistik geht, und erst daran gehen, wenn man die Sicherheit hat, dass man ein Resultat bekommen wird. Ich muss mich den Bedenken des Collegen *Sander* und *Fürstner* vollständig anschliessen. Ich glaube, dass Jeder, der sich diesen Fragebogen durchliest, von vornherein sagen wird: Aus dem Fragebogen kommt nichts heraus, und wir fangen damit von vornherein eine Statistik an, gegen die Jeder die allerlebhaftesten Bedenken hat. Wenn man also der Frage näher treten will — und der Verein hat sich in dieser Beziehung positiv ausgesprochen — glaube ich, ist es viel besser, für die Zukunft zu arbeiten, als aus der Vergangenheit irgend welche vermeintliche Resultate zu bemerken, die absolut keinen Werth haben und in Zukunft vorschreiben würden, immer wieder neue Statistik zu treiben. Ich bin auch gegen diese Art und Weise, und möchte bitten, vorerst nochmals zu überlegen, und mit Zählkarten, wie sie College *Sander* in Aussicht gestellt, vorzugehen.

Fürstner. Für den Fall, dass noch eine Redaction dieser Punkte eintreten würde, würde ich vorschlagen, dass von Seiten des Vorstandes eine schärfere Unterscheidung gemacht würde, die Ueberbürdung ganz allein für sich, und dann die übrigen Punkte, z. B. Selbstbefleckung und solche Sachen, die ich für vag halte. „Verkehrte Erziehung“ ist ein sehr weites Gebiet. Das würde ein Cardinalfehler sein. Onanie und geistige Ueberanstrengung haben sehr wenig mit einander zu thun. Wenn wir aber factische Ueberbürdung vermuthen in höheren Lehranstalten, so müssen wir

uns darauf beschränken und Onanie daraus lassen. Sie kann als Complication gesetzt werden, es muss aber ausdrücklich darauf bemerkt werden, sonst bekommen wir immer confuse Zahlen.

Vorsitzender. Ich glaube, dass die Vorschläge nach sehr verschiedenen Richtungen auseinander gehen, und es sehr schwer sein wird, die Wünsche statistisch alle zu berücksichtigen. Die Aufgabe, derartige Zählkarten herzustellen, halte ich für eine der schwierigsten, die dem Vorstand aufgebürdet werden können. Der Vorstand hat sich diesem Versuche unterzogen, er hat es aber gethan — ich darf es wohl sagen im Namen meiner Collegen — in der Ueberzeugung, dass allerdings nichts dabei herauskommen würde. Aber da der Verein es gewünscht hat, musste der Vorstand Schritte thun. Er hat es gethan, so gut er es vermochte. Er hat die Vergangenheit berücksichtigt, weil immer auf die Vergangenheit recurrirt worden ist, und er doch nicht die Versammlung vertrösten kann: „In Zukunft werden wir die Frage zur Erörterung bringen." Aber ich möchte allerdings dann bitten, dass sich eine Anzahl von Herren, welche für die Frage ein besonderes Interesse haben, vereinigten und derartige Vorarbeiten unternähmen. Ich glaube, je mehr Sie sich damit beschäftigen, werden Sie selbst sehen, wie ausserordentlich schwierig es ist, diese Punkte statistisch zu fassen. Einzelne Blättchen individuell zu fassen, ist die einzige Möglichkeit, um ein Material herbeizuschaffen, aber auch dann sind diese einzelnen Fragen, namentlich derartige Gegenüberstellungen, wie sie eben beantragt worden, nach meiner Meinung statistisch kaum durchzuführen.

von Rinecker. Ich mache den Vorschlag, die Frage in zwei Jahren wieder auf die Tagesordnung zu stellen. Viele von Ihnen sind vielleicht der Frage erst heute etwas näher getreten. Viele mögen von Ihnen auch entnommen haben, dass an dieser Frage etwas ist, und dass sie eine Bedeutung hat, und sie können sich heute darüber nicht aussprechen. Ich glaube, dass die Debatte bei vielen die Anregung gegeben hat, bei künftigen Fällen gerade auch diese Punkte beobachten zu lassen. Es ist an Sie Alle die Aufforderung ergangen, die Frage der Ueberbürdung bei jedem sich darbietenden Falle in's Auge zu fassen, und ich glaube, dass, wenn wir beschliessen, dass heute in zwei Jahren die Frage nochmals zur Debatte kommt, wir dann vielleicht mit viel genaueren Ziffern und viel genauerer Orientirung Beschluss fassen werden. Heute kommen wir nicht weiter. Ein Jahr geht unendlich schnell vorüber. Der Vorstand wurde betraut mit einem Auftrag; bis der ausgeführt ist, ist wieder ein halbes Jahr verflossen, da kommen wir bald wieder zusammen. Ich möchte also den Antrag empfehlen, heute in zwei Jahren soll diese Frage der Ueberbürdung wieder auf die Tagesordnung gestellt werden.

Hasse. Ich glaube, wir können nicht ohne Weiteres dies annehmen, denn wir haben schon vorher andere Beschlüsse gefasst. Wir haben beschlossen, dass statistische Erhebungen gepflogen werden sollen.

Pelman. Ich möchte der Versammlung einen Vorschlag machen. Es

scheint mir, dass diesen Zählblättchen allerdings die Grabrede eben gesprochen worden ist, und ich habe keineswegs vor, die Sache wieder an das Tageslicht zu ziehen und die Debatte unnöthigerweise zu verlängern. Die Statistik wird uns nochmals beschäftigen. Herr College *Westphal* wird über die Zählblättchen der Irrenanstalten sprechen, und dies ist der Ort, wo wir weiter berathen können. Die Vergangenheit wird nicht das nöthige Material geben, aber die Zukunft wird es. Wir müssen, ob wir wollen oder nicht, an die Zukunft appelliren. Bei der Frage der Zählblättchen wird es zur Entscheidung kommen. Ich möchte bitten, die Frage ruhen zu lassen, bis die Frage der Zählblättchen durch College *Westphal* zur Besprechung kommt.

Vorsitzender. Ich glaube dem Sinne der Versammlung zu entsprechen, wenn ich den letzten Antrag zunächst zur Abstimmung bringe, indem wir morgen Gelegenheit hätten, definitiv Beschluss zu fassen. Ich setze voraus, dass Sie Anträge formuliren, die sich auf die Zählkarten beziehen. Ich möchte aber doch bitten, dass Sie ein bestimmtes Urtheil über die Vorlage des Vorstandes fällen. Es wäre wichtig zu constatiren, dass der Verein damit, dass er die Vorlage bedenklich findet, die Anerkennung ausspricht, dass sich aus der Vergangenheit heraus keine Statistik auf wissenschaftlicher Basis gewinnen lasse. Sowie sie das ausspricht: eine Beobachtung, die zurückgreift, ist nicht zu stellen, erklärt sie damit, dass aus der Vergangenheit sich eine Beantwortung der Frage der Ueberbürdung auf statistischem Wege nicht gewinnen lasse, und ich glaube darauf ein besonderes Gewicht legen zu müssen, dass von der Versammlung ausgesprochen wird: es geht auf dem Weg der Statistik nicht, nachzuweisen, dass sie stattgefunden hat bis jetzt. Ich weiss nicht, ob ich mich klar genug ausgesprochen habe. Ich möchte als Resultat der sonst negativ ausfallenden Berathung dies anerkannt wissen. Ich glaube, dass darauf ein gewisser Werth zu legen ist, weil die Aufforderung darin liegt, einen besseren Weg zu finden.

Fürstner. Ich habe Collegen *Pelman* so verstanden, dass er das nur als Beispiel angeführt hat. Ich glaube, wenn er sagte, dass ein Resultat auf Grund dieser Fragebogen nicht möglich wäre, so hat er die Frage, ob überhaupt nicht möglich wäre, auf Grund der Vergangenheit Erhebungen zu veranstalten, nicht berühren wollen. Ich glaube, am schnellsten einigen wir uns über den Antrag des Collegen *von Rinecker*, dass wir Zeit hätten. Ich möchte Bedenken tragen, jetzt schon selbst über diese Frage zu entscheiden. Man kann aus den Anstaltsregistern wohl nachsehen, wieviele da gewesen sind, und auch aus dem Journal Manches finden, was Bezug hat.

Sander. Ich möchte in Betreff dieser Aufschiebung ein paar Worte sprechen. Allerdings wenn der Antragsteller sagt, dass wir zu einem Schluss nach 2 Jahren erst kommen können, hat er Recht. Vielleicht wird e[illegible] dauern. Es handelt sich auch darum, Material zu sammeln, [illegible] Weise dies geschehen soll. Es lässt sich vielleicht vom J[illegible]

sonst, ein bestimmter Zeitpunkt muss ja sein — das Sammeln des Materials beginnen, und wenn ich mir nun erlaubt habe, eine Kritik gegen die vorgelegten Fragen zu üben, so möchte ich allerdings, dass das nicht irgendwie so ausgelegt wird, als ob der Vorstand irgendwie einer nicht ganz richtigen Arbeit beschuldigt werden sollte. Ich weiss, wie schwierig es ist, und weiss vollständig zu würdigen, was geleistet worden ist. Meine Bedenken gehen hauptsächlich nach zwei Richtungen, einmal die Erhebung aus der Vergangenheit, darüber ist bereits gesprochen worden. Ich glaube, dass die Meisten mir nachfühlen werden: wenn auch in Anstalten bei Vielen Rücksicht genommen worden sein mag, bei allen Krankengeschichten ist es sicher nicht, es ist sehr selten der Fall bei solchen, die sich nicht in Anstalten befinden. Wenn das mit herbeigezogen werden soll, würde es aus der Vergangenheit Notizen nur in verschwindendem Maasse geben. Das zweite bezog sich darauf, dass für jede individuelle Form ein Blatt genommen werden soll. Ich hatte im Auge, wie College *Pelman*, dass man das mit den Zählkarten verbindet. Ich brauche nur darauf aufmerksam zu machen, dass Jeder da, wo er glaubt, dass Ueberbürdung allein oder mit Anderen Schuld ist, es erwähnen kann. Die Sache ist so wichtig und greift in so viele Verhältnisse ein, dass ich glaube, es kommt auf ein Jahr und selbst auf 2 oder 3 nicht an. Können wir nach 3 Jahren zu einem sicheren Schlusse kommen, positiv oder negativ, so haben wir etwas geleistet, was augenblicklich nicht der Fall sein wird.

Siebert. Es ist thatsächlich, dass die Nervosität unserer Zeit im Zunehmen ist. Es ist thatsächlich, dass aus dieser Nervosität die Summe der Geistesstörungen häufiger werden muss. Es fragt sich, was ist die Ursache der Nervosität? Nun sehen wir jetzt das sehr Bedenkliche, dass wir die Ursache immer in einzelnen Dingen hervorheben, z. B. „die Ursache ist der Egoismus unserer Zeit“, „die Ursache ist das Gymnasium“, „eine von den Ursachen ist die Ueberbürdung der Jugend“. Ich fürchte nur, das ist ganz dieselbe Einseitigkeit, wie in anderen Fragen. Wir haben damit eine Behauptung ausgesprochen und können sie factisch nicht beweisen. Nun ist jetzt im Augenblick diese Frage eine brennende und sehr wichtige, es ist sehr sachgemäss, dass überhaupt angeregt wurde, ob diese Frage zu prüfen sei. Sie ist aber in einer Weise hineingeworfen, in einer Zeit, wo überhaupt die Frage: Realgymnasium oder humanistisches Gymnasium für Naturwissenschaft, Aerzte u. dgl. so brennend ist, wo überhaupt die Reorganisation der höheren Schulen sich im Uebergang befindet, da werfen wir auf einmal diese Frage herein, und zunächst müssen wir sagen: Wir sind nach einem Jahre dahingekommen, wir haben eine Behauptung aufgestellt, die nach keiner Richtung wissenschaftlich zu fixiren ist, nicht einmal: wie wir eine Statistik herausbekommen. Nach meiner Meinung muss es anders angepackt werden. College *Hasse* hat sich einmal mit der Frage beschäftigt, er ist es, der sich sehr wesentlich interessirt, er mag sehen, wie er Material zusammenkriegt und wieder vorlegt. Auf der anderen Seite halte ich es

für sehr wichtig, dass wir mit Geisteskrankheiten beschäftigten Aerzte unsere Beobachtungen, nicht blos in Form der Statistik, sondern die einzelnen Beobachtungen und Meinungen, dem Collegen *Hasse* zuschicken; er mag sie selbst bearbeiten und in einem, eventuell zwei Jahren das Resultat wieder mitbringen, was er aus diesen Dingen genommen hat. Wenn wir an die ärztlichen Vereine gehen, kriegen wir eine imaginäre Statistik. Ich weiss, wie ungeheuer schwer das zu machen ist. Wir können nur appelliren an die Leute, die es wirklich interessirt, die Irren- und Nervenärzte. Die können sagen: Wir haben, nachdem wir aufmerksam geprüft haben, drei Beispiele von wirklicher Geistesstörung durch Ueberbürdung. Es muss ein wirkliches Raisonnement sein, statistisch lässt es sich nicht fixiren. Wenn wir andere Dinge mit hereinnehmen, hereditäre Nervosität, Onanie, die würden gerade so gut geisteskrank, so würde man sagen können: die Handwerker werden mehr geisteskrank, weil sie zu sehr angestrengt sind. Es werden grössere Leistungen verlangt, und es ist die Frage: liegt die Nervosität als Consequens an unseren Schulen? Ich glaube, wir thun danach besser, wenn wir nicht nach 2, 3, 5 Jahren hierherkommen und den Vorstand belästigen, sondern den, der sich damit beschäftigt hat, und dem es unendlich am Herzen liegt, unsere sachlichen Beobachtungen zusenden und er soll das Material bearbeiten und wieder vorbringen.

Vorsitzender. Ich glaube, dass ich die Discussion als beendet ansehen darf. Die Ansicht der Versammlung geht dahin, dass es sich nicht darum handelt, die Sache aufzugeben, sondern nur weiter im Auge zu behalten, Jeder in seinem Kreise, mit der Hinweisung darauf, dass wir uns nicht blos an der Sammlung weiteren Materials genügen lassen, sondern unsere Bestrebungen, Jeder nach seiner Neigung, darauf richten mögen, eine statistische Methode aufzufinden, die bis jetzt noch nicht festzusetzen ist. Wir müssen nur dem Antrag des Collegen *von Rinecker* dahin eine deutliche Präcision geben, dass die Sache nicht liegen gelassen werden soll.

von Rinecker. Ich möchte den Antrag nicht zu scharf fassen, weil ich nicht glaube, dass sich das verträgt, nach den Ansichten, die geäussert worden sind auch in Bezug auf die Statistik. Wir sollten es in 2 Jahren nochmals auf die Tagesordnung setzen. Ich glaube, dass bis dahin Mehrere von uns etwas Erfahrung gesammelt haben werden, weil doch von der Vergangenheit abstrahirt werden sollte. Die Fälle, die zu unserer Beobachtung kommen, sollen mit Rücksicht auf die Ueberbürdung geprüft werden, das müssen wir ergründen. Ich glaube allerdings, dass es manchmal nicht so leicht sein wird. Andererseits ist begründet, was College *Sander* gesagt hat, wenn wir diesen Punkt in's Auge fassen, werden wir schwerlich in 2 Jahren weiter sein. Für heute weiss ich nichts Anderes [illegible]

Nach verschiedenen weiteren Bemerkungen der Col[illegible] *Pelman* und *Fürstner* wird der *Rinecker*'sche Antrag:

„Die Versammlung vertagt die weitere Behand[illegible]

1883 und fordert die Mitglieder auf bis dahin durch Sammlung von Material die weitere Lösung der Frage vorzubereiten"

mit den von *Sander* beantragten Modificationen des zweiten Absatzes dahin

„bis dahin zur Klärung der Frage durch Sammlung von geeigneten Einzelbeobachtungen, dann durch möglichst genaue Berücksichtigung der Ueberbürdung bei Beantwortung der ätiologischen Fragen der (amtlichen) Zählkarten beizutragen"

von der Versammlung angenommen.

Nach einer kurzen Pause fand die Wahl zweier Vorstandsmitglieder statt; die Ausscheidenden, *Nasse* und *Westphal*, wurden wiedergewählt. Der Vorsitzende theilt mit, dass die Rechnung mittlerweile revidirt und festgestellt worden ist und giebt das Wort Herrn Prof. *Fürstner*.

Prof. *Fürstner*, Kopfverletzungen und Psychosen.

Leider muss ich meinen Vortrag gleichfalls mit Darlegung einer statistisch noch nicht genügend gelösten Aufgabe beginnen. Ich finde nämlich, dass um den Kopfverletzungen in ätiologischer Beziehung eine bestimmte Stelle anzuweisen, ein exactes, genügendes Material noch nicht vorliegt. Während den einen Beobachtern auf Grund mehr individueller Eindrücke, die immerhin durch den Zufall stark beeinflusst zu werden pflegen, der Connex zwischen Trauma und Psychose ein sehr enger zu sein scheint, lehrt Anderen die tägliche Praxis, dass Geistesgesunde von schweren Kopfverletzungen betroffen werden, ohne später psychisch zu erkranken, dass auf bestehende Geistesstörung intercurrente Läsionen keinen Effect ausüben. Noch weniger wissen wir von bestimmten Bedingungen, an deren Vorhandensein die Consequenz eines Trauma in Gestalt einer Psychose geknüpft ist. Ganz allgemein lässt sich auch hier wohl der Satz aufstellen, dass in weit weniger Fällen grobe anatomische Veränderungen die Basis für die spätere psychische Erkrankung abgeben, als moleculäre Veränderungen der nervösen Materie. Für die Richtigkeit dieses Satzes sprechen einmal zahlreiche Obductionen mit negativem Befund, die an Geisteskranken gemacht wurden, die früher mehr oder weniger schwere Kopfverletzungen erlitten hatten. dafür sprechen aber auch die Formen der psychischen Störung, die im Anschluss an Kopfverletzungen gewöhnlich beobachtet werden. Lassen sie mich dieselben Ihnen kurz skizziren.

Wir sehen zunächst, dass im engsten Zusammenhang mit dem Trauma, demselben unmittelbar folgend, Zustände von länger oder kürzer dauernder Benommenheit auftreten, die wiederum combinirt sein können mit periodisch auftretenden ängstlichen, oft hallucinatorischen Erregungszuständen, für welche später eine mehr oder weniger defecte Erinnerung bleibt. *Schlager*, *Krafft-Ebing*, *Huguenin*, *Wille* haben uns diese Fälle in acutem und subacutem Verlauf genügend geschildert. Dass wir es in der Mehrzahl derselben mit wirklichen organischen Hirnveränderungen, mit Läsionen des Schädelinhalts zu thun haben, dafür spricht das häufige Vorhandensein ander-

weitiger somatischer Symptome, z. B. der Lähmungserscheinungen. Will man diese Formen „Traumatisches Irresein" nennen, so ist dagegen nichts einzuwenden, so lange man mit dieser Bezeichnung nur den ätiologischen Zusammenhang fixiren will; das traumatische Irresein als specifisches, klinisch wohl charakterisirtes Krankheitsbild aufzustellen halte ich aber für nicht gerechtfertigt, da wir gelegentlich bei anderweitigen organischen Gehirnerkrankungen, z. B. Tumoren, Abscessen, hämorrhagischer Pachymeningitis, Heerden ganz dieselben Symptome beobachten.

In einer zweiten Reihe von Fällen sehen wir sodann die Kopfverletzung den Anstoss für eine schnell sich entwickelnde Demenz des Betroffenen abgeben, die meiner Ansicht keineswegs immer auf grobe anatomische Veränderungen zurückzuführen ist. Bei einer weiteren Serie geht die Umwandlung der psychischen Function in einem langsameren Tempo vor sich, neben Abnahme der Intelligenz machen sich auch Abnormitäten und Perversitäten der gemüthlichen Sphäre bemerkbar, und auf diesem Boden können sich dann eine ganze Reihe psychischer Krankheitsbilder von mehr oder weniger typischer Form entwickeln, periodische hallucinatorische Erregungszustände, Melancholien etc. Bei einem Bruchtheil der Fälle bildet sich durch Hinzutreten somatischer Symptome ein der Paralyse vollkommen analoger Symptomencomplex heraus. Wiederum bei andern Kranken entwickelt sich primär Epilepsie, die dann secundär wiederum zu psychischen Störungen führen kann. Ueberblickt man noch einmal diese Formen, so kann die Aehnlichkeit und das Uebereinstimmende nicht entgehen, das zwischen den klinischen Consequenzen des acuten und — wenn ich so sagen darf — eines chronischen Trauma besteht, nämlich des Alcohol.

Ich will nun hier auf die soeben kurz skizzirten Krankheitsgruppen nicht weiter eingehen, vielmehr von Neuem ihre Aufmerksamkeit auf einen bisher von mir nicht aufgeführten Symptomencomplex lenken, der von grossem practischen Interesse, wie mir scheint, die wünschenswerthe Weiterbearbeitung bisher nicht gefunden, ich meine die sogenannte traumatische Reflexpsychose, die bekanntlich von *Koeppe* in treffendster Weise geschildert ist. Es handelt sich in den *Koeppe*'schen Fällen fast durchweg um leichte Kopfverletzungen, leicht insofern als die unmittelbaren Folgeerscheinungen z. B. die Benommenheit nur geringe waren, die Heilung ging langsam von Statten, die Narbe blieb schmerzhaft und wurde allmälig der Ausgangspunkt von Reizsymptomen in anderen Nervenbahnen, später entwickelten sich sodann psychische Erregungszustände von epileptoidem Charakter mit mehr oder weniger breiten Gedächtnissdefecten. Die betroffenen Individuen waren zum Theil disponirt. Durch Exstirpation der Narben erzielte *Koeppe* glänzende Resultate. Es ist auffällig, dass letztere nicht zu ausgedehnterer Nachfolgerschaft in dieser Richtung aufgemuntert haben, wenigstens finden sich in der Litteratur hierüber nur ganz vereinzelte einschlägige Angaben. Ich glaube, dass es mit der Narbenexstirpation vielleicht gegangen ist wie mit manchen Medicamenten, die, weil sie nicht in allen oft differenten Fällen

die erwartete Wirkung hatten, wiederum und zwar mit Unrecht, gänzlich bei Seite geschoben wurden. Gewiss sind die Exstirpationen von manchen Collegen wiederholt worden, voraussichtlich war der Erfolg nicht selten ein negativer, es sind eben auch hier nicht alle Fälle gleichwerthig, unsere Aufgabe sollte es aber sein diejenigen genauer zu kennzeichnen, bei denen von einem operativen Eingriff Resultate zu erwarten sind. Zunächst werden wir aber, da wir ja keineswegs durch schnelle glänzende therapeutische Resultate verwöhnt sind, um so mehr Anlass haben, das Exstirpationsverfahren zu üben, als dasselbe bei der heutigen Behandlungsmethode durchaus ungefährlich genannt werden kann.

Ich habe nun in den letzten $1^1/_2$ Jahren drei derartige Fälle zur Beobachtung bekommen, die, was Schwere der Symptome anbetrifft, gewissermaassen eine Stufenleiter darstellen. Lassen sie mich mit dem einfachsten beginnen. Derselbe betraf einen in keiner Weise psychisch disponirten Officier, der am 3. December durch einen Pferdeschlag eine Kopfverletzung am Hinterhaupt erlitt. Unmittelbar nach dem Trauma kurz andauernde Bewusstlosigkeit; im Uebrigen keine Symptome, die etwa 6 Ctm. lange Wunde heilte ohne Zwischenfall. Etwa 4 Wochen nach der Verletzung machten sich die ersten Veränderungen bemerkbar, unruhiger und ungenügender durch Träume gestörter Schlaf, körperliche Schlaffheit, eine ganz ungewohnte Reizbarkeit, Schwierigkeiten im Dienst, Schmerzhaftigkeit der Narbe; Erscheinungen, die P. zum Theil durch unangenehme äussere Verhältnisse sich zu erklären suchte. Im März Heirath, bei der Rückkehr von einer strapaziösen Hochzeitsreise wurde der Kranke von schweren epileptischen Krampfanfällen, verbunden mit hoher Temperatursteigerung, betroffen, die sich im Verlauf von 24 Stunden mehrere Male wiederholten. Nunmehr traten lebhaftere Kopfschmerzen, Sensationen in beiden Augen, in der Wange, Gefühl von Trockenheit in der Nase auf, erst allmälig erkannte P. als Ausgangspunkt derselben die Narbe. Weitere ungünstige Aenderungen des psychischen Zustandes, neben grosser Apathie fiel eine erhebliche Gedächtnissschwäche, namentlich für Namen, Schlafsucht, excessive Reizbarkeit auf, Unfähigkeit Dienst zu thun. Als ich im Mai den P. sah, fand ich zunächst die Narbe etwas geröthet, an einer Stelle auf Druck schmerzhaft, P. gab an, dass bei stärkeren Berührungen sofort die oben erwähnten Sensationen auftreten. Ausserdem fiel mir aber bei dem P. Pupillendifferenz, eine leichte Facialisparese und Behinderung der Sprache auf, die früher nicht vorhanden war. Auf meinen Rath wurde nun die ganze Narbe excidirt und ganz ähnlich wie in einzelnen *Koeppe*'schen Fällen gab P. bei Erwachen aus der Chloroformnarcose spontan an, „der Kopf sei ihm ganz leicht, der lästige Druck, die Sensationen verschwunden". Letztere sind auch bisher nicht wiedergekehrt, ebensowenig die epileptischen Anfälle. Auch die psychischen Symptome, namentlich die Gedächtnissschwäche, verschwanden allmälig vollkommen, eine gewisse leichte eintretende geistige Ermüdung erst nach einer Bromkalium-Nachkur im Gebirge. Von Pupillen-

differenz und Facialisparese war bei vor Kurzem stattgehabten Wiedersehen ebensowenig wie von Sprachstörung mehr die Rede.

Es würde sich also hier um einen einfachen Fall gehandelt haben: Nicht disponirtes Individuum, leichte Kopfverletzung nur gefolgt von vorübergehender Benommenheit, Sensationen, Kopfschmerzen, psychische Veränderung, epileptische Anfälle, stärkeres Hervortreten der in Zusammenhang mit der Narbe stehenden Sensationen, der psychischen Verstimmung, an der eine gewisse epileptische Färbung nicht zu verkennen, ausserdem in leichtem Grade Pupillen-, Facialisdifferenz, Sprachbehinderung; nach der Exstirpation der Narbe zum Theil sofortiges, zum Theil allmäliges Schwinden der Symptome. P. befindet sich jetzt vollkommen wohl, körperlich und geistig wie früher.

Etwas complicirter ist der zweite Fall, es handelt sich um einen 47 Jahr alten Tagelöhner K., der sich jetzt noch in der Klinik befindet. Disposition desselben zweifelhaft, Vorleben aber ohne nervöse Störung. 1873 Kopfverletzung durch Fall von der Scheune, nach einigen Tagen aber wieder Arbeitsfähigkeit. Bald machten sich aber Sensationen im Kopf bemerkbar, und zwar verstärkt beim Witterungswechsel Reissen, Stechen im Kopf, Schwindel beim Bücken; später auch Empfindungen in der Nase und den Augen. Diese Erscheinungen bestanden bis 1879. Dann Veränderung der Stimmung, grosse Reizbarkeit, Schlaflosigkeit, Zunahme der Sensationen an Intensität, als deren Ausgangspunkt die auf dem linken Scheitelbein befindliche, nicht adhärente Narbe allmälig erkannt wurde. Seit Winter 1879 periodisch auftretende Erregungszustände, regelmässig eingeleitet durch excessives Durstgefühl, P. nahm grosse Quantitäten Wasser zu sich, liess dem entsprechend viel Urin. Die meist sehr heftige Erregung trug einen ausgesprochen epileptischen Charakter, für den in derselben verlebten Zeitabschnitt bestand sehr defecte Erinnerung oder dieselbe fehlte ganz. Von besonderem Interesse dürfte sein, dass die Erregung ferner begleitet war von somatischen Symptomen, starkem Tremor der Hände, der Gesichtsmusculatur, Behinderung der Sprache, auch hier bestand Facialisdifferenz, ausserdem fiel schon bei Beginn des Anfalls das stark collabirte Aussehen des P. auf. Periodische Wiederkehr der Anfälle, die etwa 10 Tage andauerten. Aufnahme in die Anstalt am 8. November 1880; auch hier häufige Wiederkehr der Anfälle, die ausser dem oben beschriebenen Durstgefühl, häufig durch Ziehen in der linken Kopfhälfte, das sich auch in den linken Arm fortsetzte, introducirt wurden. Die Erregung glich vollkommen der bei epileptoiden oder ausgesprochen epileptischen Anfällen beobachteten, ich gehe hier nicht weiter auf dieselbe ein.

Von Interesse war, dass während der Anfälle ganz regelmässig ein starkes Sinken des Körpergewichts beobachtet wurde. Am 4. Mr'
pation der Narbe, in deren Verlauf ein kleines Knötchen zu fühler
war, dasselbe erwies sich aber nicht als Neurom, wie wir meint
als Atherom, aus einem an der Basis des Sackes eintretenden Ge

Gewicht des K. (Fall II.)

Dat. 1880.	Pfd.	Bemerkungen.	Dat. 1881.	Pfd.	Bemerkungen.
Nov. 10.	125		März 30.	139,4	Anfall.
„ 17.	129		April 6.	143	
„ 24.	131,8		„ 13.	138,5	Starker Anfall.
Dec. 1.	137		„ 20.	136,2	
„ 8.	131,6	Anfall der etwa am 10. ausklingt.	„ 27.	138,2	
			Mai 4.	137,5	Excision der Narbe.
„ 15.	132,4		„ 11.	139,6	
„ 22.	136		„ 18.	143,4	
„ 29.	138,4		„ 25.	142	
1881.			Juni 1.	143,3	Am 4. Juni leichte Erregung.
Jan. 5.	140,8		„ 8.	142,5	
„ 12.	136,4	Anfall.			
„ 19.	134,5		„ 15.	142,5	
„ 26.	136		„ 22.	141,5	Am 24. Erbrechen, Durstgefühl, Ohnmacht.
Febr. 2.	141				
„ 9.	142				
„ 16.	141,4	Anfall.	„ 29.	137,6	
„ 23.	135,5		Juli 6.	137,9	
März 2.	135,5		„ 13.	141,3	
„ 9.	138		„ 20.	139,9	
„ 16.	138		„ 27.	141,9	
„ 23.	140,4		Aug. 2.	142,5	

ich starke Blutung, im Uebrigen aber heilte die Wunde per primam. Auch hier gab P. nach der Exstirpation an, der Kopf sei frei, die Sensationen verschwunden und wir glaubten der Verlauf würde sich ebenso günstig gestalten wie in Fall I. Dies traf jedoch nicht ganz zu. Zurück ging die Sprachstörung, die Reizbarkeit, die Stimmung wurde eine gleichmässige zufriedene, es war normaler Schlaf vorhanden, das Körpergewicht stieg dauernd. Am 5. Juni stellte sich aber ein leichtes Recidiv ein, der Erregungszustand war weit weniger intensiv wie früher, dauerte auch nur zwei Tage, am 24. Juni wurde P., nachdem Erbrechen und Durstgefühl voraufgegangen, von einem einmaligen Ohnmachtsanfalle betroffen. Seitdem hat sich das Körpergewicht auf gleicher Stufe gehalten.

In dem dritten Falle handelte es sich um einen P., der hereditär beanlagt war (ein Bruder geisteskrank); die Kopfverletzung war eine alte, vor 15 Jahren war sie bei dem jetzt 45 Jahre alten Arbeiter G. durch einen herabstürzenden Baumast hervorgerufen. Betroffen wurde das linke Scheitelbein, auch hier war P. nur kurze Zeit bewusstlos, konnte am nächsten

Tage seiner Arbeit nachgehen. Zunächst bestanden 3—4 Jahre lang dieselben Sensationen wie im vorigen Falle, deutlich von der Narbe ausgehend und sich namentlich bei Witterungswechsel steigernd, dann traten auch hier periodische Erregungszustände mit epileptischem Charakter bei freien Intervallen auf, anfangs nur einmal des Jahres wiederkehrend von 5—6tägiger Dauer, allmälig rückten die Anfälle aber immer mehr aneinander. Erste Aufnahme in die Anstalt 2. Juli 1879 bis 4. Nov. 1879. Zweite Aufnahme wegen Wiederkehr der Erregungszustände schon am 16. Dec. 1879. Neben wiederholten Anfällen psychischer Störung wurden nun auch bei diesem P. somatische Störungen beobachtet, Parese im rechten Facialis, Pupillendifferenz, Sprachstörung, Tremor der Hände und der Gesichtsmusculatur. Auch erschienen die Intervalle immer weniger frei, vielmehr schloss sich an den Ablauf der eigentlichen Erregung ein Zustand, den man am besten als leicht epileptische Moria bezeichnen kann. Im Juli 1880 exstirpirte ich die Narbe, die auch in diesem Falle nicht adhärent war. Die Sensationen cessirten bis zum September vollkommen, am 24. Sept. machten sich dieselben wiederum bemerkbar, ebenso trat ein neuer Erregungszustand auf, der aber viel weniger intensiv wie die früheren war und nur 3 Tage anhielt. In Anschluss an eine fieberhafte Kieferaffection trat dann im November nochmals ein ganz kurzes Recidiv von 2 Tagen auf, seitdem ist P., den ich vor Kurzem (die Entlassung erfolgte schon im Januar 1881) wiederkommen liess, vollkommen frei geblieben, die Sensationen sind verschwunden, neue Anfälle nicht aufgetreten, auch von der früheren moriaartigen Erregung keine Spur mehr vorhanden. Die oben angeführten somatischen Erscheinungen sind gleichfalls sehr erheblich zurückgegangen, aber noch nicht ganz verschwunden.

Eine gewisse Uebereinstimmung in diesen 3 Fällen wird nicht verkannt werden können, in allen 3 handelt es sich um leichte Kopfverletzungen, in sofern als die unmittelbare Folgeerscheinung nur eine kurzdauernde Benommenheit war.

Im ersten Falle traten aber bald psychische Verstimmung, Sensationen, dann epileptische Krampfanfälle auf, nach letzteren Zunahme der Sensationen in deutlichem Connex mit der schmerzhaften Narbe, Zunahme der psychischen Erscheinungen; Auftreten gewisser somatischer Symptome, Pupillendifferenz, Facialisparese, Sprachbehinderung. Nach Exstirpation der Narbe Schwund der Sensation, allmäliges aber völliges Zurückgehen aller übrigen Symptome.

Im zweiten Falle zunächst nur Sensationen, dann periodisch auftretende Erregungszustände mit epileptoidem Charakter, allmälig Häufung derselben, wiederum motorische Symptome, Tremor, Facialisparese, Pupillendifferenz. Nach der Exstirpation der Narbe Aufhören der Sensationen, Besserung des Gesammtzustandes, noch einmaliges, wenig intensives und kurz dauerndes Recidiviren des früheren Erregungszustandes, dann Freibleiben. Von besonderem Interesse in diesem Falle ist das den Anfall regelmässig einlei-

tende Durstgefühl und das Verhalten des Körpergewichts. Im dritten, weitaus schwersten Falle, ziemlich derselbe Verlauf wie in Fall II., nur waren hier schliesslich die Intervalle auch nicht mehr frei. Nach der Exstirpation noch zwei unbedeutende Recidive, dann Ausbleiben der Erregung. Besonders hervorheben möchte ich die motorischen Begleiterscheinungen, die in allen drei Fällen constatirt wurden, dieselben stimmen wohl überein mit den bei der Paralyse beobachteten. Dass sie zurückgingen nach der Exstirpation, deutet darauf hin, dass sie offenbar nicht definitive, auf organischen Veränderungen beruhende Ausfallserscheinungen waren. Aehnliches beobachten wir bekanntlich nicht selten sowohl bei der reinen Paralyse, wie bei der alcoholistischen Pseudoparalyse.

Ich bin mir wohl bewusst, dass die Beobachtungszeit nach der Narbenexstirpation, namentlich in Fall I. und II., zu kurz ist, um über den endgültigen Erfolg des Eingriffs abzuurtheilen, immerhin meine ich, dass der Verlauf der Erkrankungen zur möglichst häufigen Wiederholung der Exstirpation ermuthigt. Es wird neben den sicher zu erwartenden negativen Resultaten, darauf ankommen, die Fälle zu fixiren, in denen ein Erfolg erzielt wurde, um besondere klinische Kennzeichen grade für diese Fälle zu gewinnen; von vornherein wird man am ehesten günstige Resultate erhoffen dürfen bei Kranken, bei denen die Verletzung noch frisch und die Sensationen in deutlichem Zusammenhang mit der Narbe stehen.

Ich bin aber ferner überzeugt, dass die Exstirpation allein nicht genügt, dieselbe wird den peripheren Reiz ja beseitigen, Aufgabe einer zweckmässigen diätetischen und medicamentösen Nachcur (Bromkalium) wird es aber sein, den vorhandenen abnormen Reactionszustand des Hirns zu beseitigen und die Kranken gegen andere in dieser Richtung erfahrungsgemäss schädlich wirkende Einflüsse, z. B. Alcoholexcesse zu stählen und zu schützen. Auch in meinen 3 Fällen war die Genesung keine sofortige, sondern die Symptome schwanden erst allmälig, in Fall II. und III. sogar erst nach geringeren Recidiven. Absicht meines Vortrages ist es von Neuem die Aufmerksamkeit der Herren Collegen auf diese von *Koeppe* so treffend geschilderten Formen zu lenken und zu einer Wiedergabe etwaiger Resultate aufzufordern; sie verdienen umsomehr das Interesse der Psychiater, als sie uns vielleicht den besten Einblick in die mannigfachen Uebergänge von Epilepsie, epileptoiden Zuständen und ausgesprochener epileptischer Geistesstörung gewähren.

Paetz. Bei Gelegenheit der Besprechung des interessanten Gegenstandes will ich eines weiteren Falles Erwähnung thun, der einige Aehnlichkeit mit den vom Collegen *Fürstner* angeführten hat, bei dem ich aber leider nicht in der Lage war, durch operativen Eingriff Heilung zu erzielen. Da der Vortrag des Herrn Dr. *Fürstner* nicht auf der Tagesordnung stand, bin ich leider nicht in der Lage, eine Krankengeschichte geben zu können, sondern beschränke mich darauf, Ihnen ganz kurz das Resultat zu entwickeln. Es handelte sich um einen Lokomotivführer, der

auf der Fahrt aus Versehen den Kopf zu weit aus der Lokomotive hervorstreckte, und dadurch sich eine Verletzung des Kopfes an einem Brückenpfeiler zuzog. Wie umfangreich die Verletzung war, und welcher Art die momentanen Folgeerscheinungen waren, weiss ich nicht genau, da er nicht sofort zu meiner Beobachtung kam, sondern irgend einer chirurgischen Klinik überwiesen wurde, dann angeblich als geheilt entlassen wurde und sich eine Zeitlang zu Hause aufhielt. Kurze Zeit nach seiner Genesung zeigten sich alle möglichen Veränderungen seines Wesens, besonders zeigte sich ein sehr hervorragender Stimmungswechsel. Der Mensch, der früher ganz solid gewesen, fing auf einmal an sehr reizbar und mürrisch zu werden, in empfindlichster Weise zu reagiren, ja Schnaps zu trinken, seine Arbeit zu vernachlässigen u. s. w. Alle diese Veränderungen der Stimmung, des ganzen Wesens veranlassten seine Ueberführung in die Alt-Scherbitz'sche Anstalt. Dort zeigte sich der Mensch bei rationeller Behandlung und vor allen Dingen bei Ausübung der entsprechenden Disciplin als äusserst correcter, anstelliger Mensch, der zur Arbeit sehr willig war, sehr gefügig, sehr bald ein Factotum auf der ganzen Abtheilung. Bei genauer Untersuchung seiner Kopfnarbe, die zu dem Zwecke vorgenommen wurde, um zu sehen, wie weit durch Exstirpirung zu helfen sei, zeigte sich die Narbe sehr interessant. Bei Reizung der Narbe durch den Druck mit dem Finger oder durch Nadelstich verfiel der Kranke blitzschnell in melancholische Angstanfälle. Während er sonst gar keine Neigung zu Melancholie hatte, gleichgültig gegen den Aufenthalt in der Anstalt war, seine Lage sehr gleichmüthig ertrug, fing er auf einmal an zu weinen, zu schluchzen, machte sich plötzlich eine Masse Vorwürfe, dass er seine Familie schlecht behandelt habe, dass es doch schlecht von ihm sei, so gleichgültig in der Anstalt zu leben, kurz und gut, Anfälle reinster und schwerster melancholischer Natur. Die Erscheinung war so auffällig, dass ich sofort von weiterer Untersuchung abstand und das Experiment nicht wiederholte. Als der Patient sich beruhigt hatte und wochenlang beruhigt geblieben war, versuchten wir das Experiment mit demselben Erfolg. Es wurde öfters gemacht und rief immer dieselben Erscheinungen hervor. Wir dachten dabei lebhaft an den Fall *Köppe*, Reflexepilepsie, der vielleicht in Ihrer Erinnerung ist. *Köppe* stellte den Kranken dem ärztlichen Verein in Halle vor und veröffentlichte den Fall später. (Der Epileptiker hatte sich eine Narbe am Daumen zugezogen und kam in Folge grosser Reizbarkeit in die Anstalt. Jeder Reiz der Narbe brachte sofort einen epileptischen Anfall hervor, und die Exstirpation der Narbe löste den Anfall aus.) Ich hätte sehr gern die Narbe excidirt, es war aber eine so beträchtliche Schädelimpression vorhanden, und sie war so damit verwachsen, dass eine Exstirpation unm[illegible] lich war, da es sich natürlich nur um Präparation handelt [illegible] bleiben musste. Wir konnten ihm nur dadurch be[illegible] jeglichem Reiz schützten. Da er über Kopfschn[illegible] sation bei Witterungswechsel klagte, trug er best[illegible]

kam lokale Morphium-Injectionen, es wurde Alles gethan, um den Reiz zu beschwichtigen. Dadurch haben wir es soweit gebracht, dass er als relativ genesen entlassen werden konnte, und dass er jetzt schon seit 2 Jahren wieder zu Hause sich aufhält, ohne dass ein Recidiv eingetreten. Es wurde ihm natürlich bei der Entlassung gesagt, wie vorsichtig er mit der Narbe umzugehen habe. Er thut es in sehr gewissenhafter Weise, in Folge dessen ist er bis jetzt von weiteren Anfällen verschont geblieben. Ich habe das nur erwähnt, weil es ein interessanter Fall von Reflexepilepsie ist.

Mendel. Ich glaube, wir können die Meinung des Herrn Prof. *Fürstner* in Bezug auf Exstirpation der Narben vollständig unterschreiben. Ich glaube aber, dass er irrt, wenn er meint, dass man die *Köppe*'schen Untersuchungen und die auf die Epilepsie bezüglichen vernachlässigt hat. Ich glaube im Gegentheil, dass, wer irgendwie Anhaltspunkte in einer Narbe gefunden hat, überall auch dazu geschritten ist, diese Narbe örtlich zu behandeln. Bei der Unwirksamkeit der meisten Medikamente gerade in der Psychiatrie ist man froh, wenn man Anhaltspunkte hat, dass man sich an eine solche Narbe anklammert und die Operation macht. Wenn nun insofern College *Fürstner* Recht hat, dass nicht mehr Fälle veröffentlicht sind, so liegt das nach meinen Erfahrungen darin, dass die Resultate trotz der excidirten Narben im Verhältniss gering sind, und in solchen Fällen, wie College *Fürstner* vorgetragen, doch immer nur ganz ausnahmsweise, selbst nach den operativen Eingriffen. Narbenexstirpationen sind ausserordentlich häufig gemacht worden. Ich selbst habe sie viel gemacht und machen lassen. Ich möchte in Bezug auf die Fälle des Collegen *Fürstner* doch Eins erwähnen. Ich muss sagen: die beiden ersten Fälle sind noch zu frisch, als dass von einem Erfolg gesprochen werden könnte, resp. ein Erfolg bewiesen wäre. College *Fürstner* hat gesagt, bei dem ersten Fall ist im Mai die Besserung eingetreten, bei dem zweiten Fall datirt sie erst seit Juni. Nun ist es eine bekannte Erfahrung in der Psychiatrie, wie überhaupt bei Nervenkrankheiten, dass durch irgend welchen operativen Eingriff, mag er ein ätiologisches Moment in der That enthalten oder nicht, eine temporäre Besserung eintritt, und ich würde diese Fälle noch nicht für beweiskräftig halten, wenn nicht einige Monate hingehen und die Besserung dauernd bleibt.

Westphal. Ich schliesse mich dem, was College *Fürstner* über die Bedeutung der Narben gesagt hat, ganz an, möchte aber doch zu einer gewissen Vorsicht in der Beurtheilung des Zusammenhangs rathen. Ein solcher Zusammenhang wurde anfänglich vermuthet in einem Falle, den ich in der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten [1]) mitgetheilt habe. Es handelte sich um einen Mann, der von Angstanfällen befallen wurde und wo zunächst Alles darauf hinzuweisen schien, dass eine zufällige Narbe an der Austrittsstelle des N. supraorbitalis als ätiologisches Moment anzusehen war. Der Pat. hatte leichte Sprachstörung, sonst gar

[1]) Vergl. Archiv f. Psych. u. Nervenkrankh. XII. 2. Heft. p. 525.

nichts Paralytisches; er ging zu Grunde und bei der Autopsie fanden sich deutliche Erscheinungen allgemeiner Paralyse (Trübung u. s. w. der Pia, Degeneration der Seitenstränge). Nunmehr konnte die Annahme einer Reflexpsychose kaum mehr aufrecht erhalten werden, so verführerisch sie auch geschienen hatte, und trotzdem die Autopsie auch ein spindelförmiges traumatisches Neurom des N. supraorbitalis ergab. Ohne den Werth der Beobachtungen Herrn *Fürstner*'s beeinträchtigen zu wollen, möchte ich daher nur zu präciser Prüfung jedes einzelnen Falles und zur Vorsicht in der Beurtheilung mahnen.

Fürstner. Ich muss doch Einiges erwidern. Ich muss offen gestehen, ich bin sehr erfreut, wenn College *Mendel* viele Exstirpationen gemacht hat. Was Jeder privat gemacht hat, darauf kann man keine Beschlüsse bauen, man muss den Befund auch sehen. Wenn College *Mendel* meint, die Erfolge seien ungünstig gewesen, so kann er nur von sich sprechen, andere haben günstigere erzielt. Was Zeit und Dauer anbetrifft, zu der er gemahnt hat, so kann ich darauf nur sagen: Ich habe Daten angegeben, wann ich die Operation vorgenommen habe; wie lange es her ist, sind die Collegen im Stande zu beurtheilen. Ich habe selbst gesagt, dass Recidive gekommen sind, dass eine Nachbehandlung nothwendig wäre; dass ich den Erfolg der Nervenexstirpation überschätzt hätte, kann man mir nicht mit Recht vorwerfen. Ich habe die Sache nur in Anregung bringen wollen, weil in der Literatur, die College *Mendel* so vorzüglich kennt, nichts vorhanden ist.

Mendel. Ich möchte nur sagen, dass ich meine Worte eingeleitet habe mit der Anerkennung der Ansichten des Collegen *Fürstner*.

Nach dem Schluss der Verhandlung (8 Uhr Abends) vereinigten sich die Mitglieder des Vereins im Hôtel de l'Union zu einem gemeinschaftlichen Abendessen.

Dienstag d. 9. August. Vormittags $9^1/_4$ Uhr.

Der Vorsitzende eröffnet die Versammlung mit einigen geschäftlichen Mittheilungen, theilt dann die Begrüssungen mit, die von einigen nicht anwesenden Mitgliedern eingegangen sind, und zeigt an, dass Herr *Reissiger* aus Erlangen während der Pause um 11 Uhr seine electro-therapeutischen Apparate demonstriren werde.

Der Vorsitzende schlägt dann vor, nach dem Bericht der Commission für die Idiotenfrage einige Vorträge folgen zu lassen und auf die Discussion darüber von vornherein zu verzichten; die Discussion über die Frage betreffend die Zählblättchen in der zweiten Hälfte der Sitzung vorzunehmen. — Diese Vorschläge des Vorsitzenden werden angenommen. — *Kind* erhält das Wort.

Dr. *Kind*, Ueber die Idiotenfrage.

Von dem Verein deutscher Irrenärzte wurden in Heidelberg 1879 einer Commission zur weiteren Bearbeitung der Idiotensache ernannt

Herren: *Cramer*-Marburg, *Guttstadt*-Berlin, *Ideler*-Dalldorf, *Koch*-Zwiefalten und der Referent. Mit dem Recht der Cooptation ausgestattet, wählten dieselben einstimmig als weiteres Mitglied *Koehler*-Colditz. Mit der Ausarbeitung einer Vorlage wurde zunächst Referent beauftragt. Gelegentlich eines Beisammenseins im Anschluss an die September 1880 abgehaltene Conferenz für Idioten-Heil-Pflege in Stuttgart einigten sich zunächst die Collegen *Koch*, *Koehler* und der Referent über die Niederschrift einiger Sätze, deren weitere Begründung und Ausführung letzterem verblieb. In einem Circular wurden dieselben den einzelnen Commissionsmitgliedern vorgelegt und mit Bemerkungen ev. Verbesserungen versehen.

Referent erlaubt sich, zuerst die vereinbarten Sätze vorzutragen, sodann die Motive und die von einzelnen Commissionsmitgliedern vorgeschlagenen Abänderungen mitzutheilen.

1. Idioten werden genannt alle Geisteskranken, welche von Geburt oder früher Jugend an schwach- oder blödsinnig sind; die theoretische Erforschung der Idiotie ist deshalb auch Sache der Medicin, speciell der Psychiatrie.

2. Ausgebildete Idiotie ist nicht heilbar; wohl aber sind es manche hierher gehörige Erschöpfungszustände und intercurrirende Erkrankungen verschiedener Art. Heilbar sind auch im Allgemeinen verschiedene Formen des mit Schwäche verbundenen kindlichen Irrsinns.

3. Das practische Handeln in der Idiotensache hat unter psychiatrischer Aufsicht und Leitung zu geschehen und ist theils ein medicinisches, theils ein pädagogisches.

4. Der Staat hat sich der Idiotensache mehr als es bisher geschehen ist, anzunehmen und den Idioten dieselbe Aufmerksamkeit und denselben Schutz zuzuwenden, wie den Irren. Er soll

a) sich über die Zahl seiner Idioten und über den Zustand und die Verhältnisse der Einzelnen durch jährlich von den Gemeindebehörden zu erstattende Berichte auf dem Laufenden erhalten. Damit dies in der rechten Weise geschehen könne, ist es nöthig, dass für eine genügende Belehrung des Publikums Sorge getragen werde.

b) Die richtige Behandlung der Idioten in der Heimath überwachen, beziehungsweise für deren (richtige) Unterbringung, Erziehung und Pflege in am besten von ihm selbst zu errichtenden und zu leitenden Anstalten sorgen.

5. Die Thätigkeit des Staates soll die Privatwohlthätigkeit nicht ausschliessen. Letztere ist immerfort zu wünschen und zu beleben und hat sich namentlich auch durch Bildung passender Vereine bez. Anschluss an schon bestehende auf die aus den Anstalten Entlassenen zu erstrecken.

ad 1. Der erste Satz soll keine Definition sein, die dem Wesen der Sache gemäss nicht gegeben werden kann; er soll nur das Verhältniss der Idiotie zu den Psychosen überhaupt feststellen und ausdrücken, dass Idiotie eine Psychose ist, deren unbestrittene Eigenthümlichkeit in der Entstehungszeit und in einem mehr oder minder grossen Geistesmangel besteht.

Die Entstehungsweise resp. die pathologischen Grundlagen sind noch nicht genügend festgestellt. Der Gebrauch zweier deutscher Ausdrücke, Schwach- und Blödsinn erscheint gerechtfertigt durch deren allgemeinen Gebrauch, deren Gemeinverständlichkeit und durch die Erwägung, dass auf diese Weise der Gebrauch des Wortes Idiotia im engeren Sinne vermieden wird. Ausdrücke selbst in wissenschaftlichen Gutachten: „N. N. ist wohl schwachsinnig, aber kein Idiot" und dergleichen würden sich vermeiden lassen.

Eine Begrenzung des Schwachsinns nach Seite der Gesundheit wird immer schwierig und bestritten sein; ebenso ist die Grenzlinie zwischen Schwach- und Blödsinn schwankend. Allgemein ist indess angenommen, dass Schwachsinn einen minder hohen Grad ausdrückt.

Ausgeschlossen erscheinen die Formen des kindlichen Irrsinns.

Der Begriff Cretinismus ist nicht berücksichtigt worden, obwohl derselbe in den gebräuchlichen Zählkarten, wie es scheint, coordinirt mit Idiotie aufgeführt ist. Bei dem Mangel einer allgemein gültigen und haltbaren Definition wird es Jedem vor der Hand unbenommen bleiben, denselben in seinem Sinne (der allerdings anzugeben wäre) zu verwerthen. Für die practische Psychiatrie wird derselbe doch nur insoweit Bedeutung haben, als Schwach- und Blödsinn mit ihr verbunden ist. Unstatthaft dürfte es allerdings erscheinen, Cretinismus und Idiotismus ohne Weiteres als gleichbedeutend zu setzen.

Eine andere Fassung des ersten Satzes haben die Herren *Cramer*, *Guttstadt* und *Ideler* vorgeschlagen:

Idioten werden genannt alle Geisteskranken, die in Folge einer congenitalen oder in den ersten Lebensjahren erworbenen Gehirnkrankheit nicht vollkommen bildungsfähig sind.

Ich weiss nicht, ob es gerathen erscheint, jetzt schon die pathologischen Veränderungen des Gehirns, die in vielen Fällen nicht nachgewiesen sind, in der Begriffsbestimmung zu betonen. Sollte dies der Fall sein, dann würde man auch den Mängeln der Anlage neben den Krankheiten eine Stelle einzuräumen haben.

Auch handelt es sich in vielen Fällen nicht blos um eine nicht vollkommene, sondern gänzlich gehinderte Bildungsfähigkeit.

Vielleicht genügt der folgende Satz den gegenwärtigen Forderungen:

Idioten heissen alle Geisteskranken, deren geistige Entwickelung durch ein angeborenes oder in den ersten Lebensjahren erworbenes Hirnleiden gänzlich verhindert oder gehemmt ist.

ad 2. Idiotie ist im Allgemeinen nicht heilbar. Wohl aber sind viele Formen besserungsfähig durch ärztliche Behandlung und pädagogische Einwirkung, insofern man unter letzterer nicht blos systematischen Unterricht versteht.

Heilbar sind manche hierher gehörigen Erschöpfungszustände wie nach geistiger Ueberanstrengung, Onanie, Entwickelungskrankheiten etc. und intercurrente Erkrankungen verschiedener Art, mit vorübergehender gei-

stiger Schwäche, wie einzelner Gehirnerkrankungen, fieberhafte Krankheiten verschieder Art.

ad 3. Es dürfte endlich an der Zeit sein, dass die Psychiatrie ein ihr zugehöriges Gebiet in Anspruch nimmt und behauptet. Von Seiten mancher sogen. Heilpädagogen und vielen Vertretern der inneren Mission wird ihr dies Recht geradezu bestritten, während einsichtige Pädagogen offen zugestehen, ihr Wirken sei nur dann ein erspriessliches, wenn es vom psychiatrischem Standpunkt aus geschehe. Aeusserungen auf der Conferenz in Stuttgart wie: „Wir haben die Sache immer nur von der pädagogischen und medicinischen Seite aus betrachtet und von der wichtigsten, der pastoralen, noch nicht. Die Hauptsache bleibt doch Gebet und Fürbitte." müssen die Ansichten des Volkes verwirren, insofern dadurch die Nothwendigkeit der Anstalten in Frage gestellt, denselben ein anderes Ziel gegeben und die anerkannt nützliche Thätigkeit vieler derselben angezweifelt wird.

Wie der Herr College *Ideler* mittheilt, wird an maassgebender Stelle darauf gedrungen werden, dass in der im Octbr. h. a. zu eröffnenden Idiotenanstalt in Dalldorf die psychiatrische Wirksamkeit in die ihr gebührende Stelle trete und die Forderung gestellt werde, dass der für die Anstalt in Aussicht genommene Inspector unter irrenärztlicher Direction zu handeln habe.

So weit Referent unterrichtet ist, steht die in diesem Jahre neu errichtete Idiotenanstalt in Marsberg in Westfalen unter der irrenärztlichen Direction.

ad 4. a) Der vorgeschlagene Zählungsmodus schliesst sich an den in Oestreich schon seit einer Reihe von Jahren geübten an. Da die Listen jährlich einzureichen wären, würde sich bestimmen lassen, ob manche Jahre mehr Idioten produciren. Dem Bedenken, dass das Zählgeschäft in nicht competenten Händen liegt, untersteht auch unser jetziger Zählmodus. Der Zählung der Irren und Idioten durch Aerzte, und zwar sachverständige, stehen bis jetzt unüberwindliche Schwierigkeiten entgegen. Im Anschluss an das bisher geübte Verfahren hat Herr College *Guttstadt* die Forderung so formulirt.

„Der Staat soll die Zahl und den Aufenthalt seiner Idioten durch Aufnahme einer bezüglichen Frage in das Schema für die alle 10 Jahre stattfindenden grösseren Volkszählungen ermitteln und auf Grund der Volkszählungsergebnisse den Zustand und die Verhältnisse der einzelnen Idioten durch Aerzte feststellen."

Der erste Theil des Satzes fordert das bisher Erreichte und man wird vielleicht gut thun, keine grössere Forderung zu stellen; der zweite Theil würde der Zählung erst Werth verleihen und gewissermaassen das Correctiv für die nicht sachverständige Erhebung bilden.

Der Kernpunkt liegt in der Forderung, dass der Staat den Idioten dieselbe Aufmerksamkeit und denselben Schutz zuwende, als den Irren. Der Staat muss zum Bewusstsein kommen, dass dies aus ethischen und religiösen Gründen seine Pflicht ist und dass das Staatswohl unzweifelhaft ge-

fördert werde, wenn man die Psychosen der Kindheit in gleicher Weise der Aufmerksamkeit, der Behandlung und der Fürsorge würdig befindet, wie die des reiferen Alters. Handelt es sich bei letzteren darum, productive Kräfte zu erhalten, so werden durch ausreichende Fürsorge für die erstere productive Kräfte, wenn auch nur in beschränktem Maasse geweckt und wird die Erzeugung von unproductiven verhindert.

Ueber die Nothwendigkeit von Anstalten ist man wohl allgemein überzeugt. Die Unterbringung von Idioten in Privatpflege (Familien) wird noch grösseren Schwierigkeiten begegnen, wie die von Irren.

Die Uebernahme der von Einzelnen oder Corporationen errichteten und geleiteten Anstalten von Seiten des Staates und der Provinzen ist voraussichtlich in den meisten Fällen nur eine Frage der Zeit. Sobald nur erst wie im Königreich Sachsen die Fürsorge für Idioten gesetzlich geregelt ist, wird derselbe sich zu ausreichender Subvention verstehen und sich dafür die eingehende Beaufsichtigung und Leitung der Anstalten vorbehalten.

Einen gleichen Entwickelungsgang kann man jetzt bezüglich der Anstalten für verwahrloste Kinder beobachten.

Die Errichtung von neuen Idiotenanstalten dürfte am zweckmässigsten im Anschluss an schon bestehende oder zu errichtende Irrenanstalten oder -colonien geschehen können (Marsberg, Dalldorf), insofern die gewünschte psychiatrische Oberleitung vorhanden ist, in administrativer Hinsicht manche Ersparniss eintreten kann und die aus irgend welchen Gründen nothwendige Verschiebung älterer Idioten in die Irrenpfleganstalten und -colonien am leichtesten ausführbar ist. Wie Herr College *Cramer* hervorhebt, könnte auf diese Weise auch am ehsten eine passende Unterkunft für geisteskranke Kinder geschaffen werden, etwa in einem Pavillon zwischen der Irren- und Idiotenanstalt.

ad 5. In erster Beziehung kann der Staat wie bisher Corporationsrechte verleihen, Sammlungen gestatten, directe Geldbeiträge gewähren. Er könnte auch Freistellen errichten und namentlich durch unentgeltliche Ueberlassung von Gebäuden und Domanialländereien helfen.

Thatsächlich gelangen viele aus den Idiotenanstalten als für das Leben brauchbar Entlassene nach längerer oder kürzerer Zeit in die Irrenpfleganstalten, weil man sie gänzlich unpassend unterbrachte, beschäftigte, ohne inneren und äusseren Halt liess, so dass sie alle Errungenschaften der Anstalt verloren und gemeingefährlich und pflegebedürftig wurden. Es müssten also die in manchen Provinzen bestehenden so segensreichen Vereine zum Schutze der entlassenen Irren ihre Wirksamkeit auch auf die Idioten ausdehnen, ev. müssten derartige Vereine gebildet werden.

Nach einer Mittheilung des Herrn Collegen *Köhler* sind in den Jahren 1862—1879 der Versorganstalt in Colditz 100 Idioten männlichen Geschlechts zugeführt worden, von denen in der Idiotenanstalt in Hubertusburg nicht weniger als 90 gewesen waren, nämlich 22 in der Erziehungsanstalt für Bildungsfähige, 58 in der Kinderstation für Bildungsunfähige,



10 in beiden Abtheilungen nach einander; 5 kamen aus anderen Pfleganstalten, 5 direct von aussen.

Referent ist durch dieses Beispiel nur noch mehr in seiner Ansicht bestärkt worden, dass die selbst am besten für das Leben vorgeschulten Idioten nur selten in so günstige Verhältnisse kommen, dass sie den Kampf mit dem Leben erfolgreich zu führen vermögen. An jede Idiotenanstalt, auch wenn sie nur für sogen. Bildungsfähige errichtet ist, sollte sich eine Beschäftigungsanstalt resp. Colonie zur dauernden Verwahrung anschliessen. Bei der Gründung jeder neuen Idiotenanstalt müsste der Erwerb eines grösseren Landcomplexes in Betracht gezogen werden.

Köhler. Ich wollte mir erlauben, noch einige Erläuterungen, resp. Richtigstellungen in Bezug auf die statistische Erhebung, die nicht ganz in ausgiebiger Weise zur Zeit gestellt werden konnte, vorzutragen. Die neuesten Zählungen, die ich mit ziemlicher Genauigkeit aufgestellt habe, sind folgende: Gegenwärtig sind in Colditz Idioten 17 pCt. untergebracht und zwar 154 männliche Idioten. Aufgenommen seit 1862 bis Mitte 1881 im Ganzen 127 Idioten, von denen 59 in der Kinderstation, damals also für bildungsunfähige Kinder, gewesen waren, 26 in der Erziehungsanstalt gewesen waren und die als erwerbsfähig von dort hinaus gegeben worden waren, und in beiden Abtheilungen der Hubertusburger Idiotenanstalt waren 11, in anderen Asylen, Krankenhaus, Hospital, Blindenanstalt, Besserungs- und Strafanstalten zusammen 8, von draussen direct zugeführt waren 23, macht 127. Aus dem Umstande, dass sogar aus den Besserungs- und Strafanstalten Colditz Idioten zugeführt worden sind, lässt sich entnehmen, dass es öfters vorkommt, dass die Idioten in ihrer excessiven Weise sich zu geben, und namentlich in ihrer gemeingefährlichen Art in späterem Alter oft so sehr verkannt werden, dass sie selbst dem Strafrichter übergeben werden und erst nach längerer Zeit als Idioten erkannt werden. Es ist nicht anders zu erwarten, sobald der Idiotismus überhaupt nicht mehr Aufmerksamkeit erfährt, und wie nothwendig es ist, diese Idioten den Irrenanstallen zuzuführen, und wie wenig Garantie gegeben ist, dass sie in der Aussenwelt durchkommen, zeigen auch die Complicationen, mit welchen die Idioten, welche gegenwärtig in Colditz sind, behaftet sind. Es sind darunter 27 Epileptiker, solche mit Hemiplegie 2, mit Taubstummheit 1, mit Rhachitis 2, Chorea haben 1, Paresis 3, Paraplegie 1, Hemiplegie 1, Blindheit 3, Taubheit 1, Mikrocephalie 2, Hydromakrocephalie und Struma 1, allgemeine Schädeldifformität, macht 46 allein. Ferner wollte ich mir noch erlauben, zum dritten Punkt des Referats die Bemerkung hinzuzufügen, in Bezug auf die Forderung, dass Psychiater verpflichtet sind, die Sache in die Hand zu nehmen — dass, ausser Dalldorf und Marsberg, Hubertusburg schon längst unter psychiatrischer Leitung stehen, ebenso Schwerin, und es ist wohl zu wünschen und zu hoffen, dass auch andere Anstalten sich in dieser Weise bekehren werden. Wie weit es überhaupt kommen konnte, dass der Begriff der Idiotie so in falsche Hände gebracht, discreditirt werden konnte, zeigt gerade, wie

in dem Referat bemerkt worden ist, die Versammlung in Stuttgart, wo in Bezug auf die Heilung der Idiotie, die immer aufrecht erhalten wurde, drei Mittel angegeben wurden: Gebet, Fürbitte und Prügel; es handle sich nur darum, ob mit freundlichem Gesicht oder bösem Gesicht geprügelt werden soll.

Laehr. Es scheint, dass keiner der Herren mehr das Wort ergreifen will. Ich würde wünschen, dass No. 4 etwas schärfer gefasst würde als sie lautet. Sie heisst: „Der Staat müsste mehr als bisher dafür thun." An deren Stelle müsste man setzen: „Der Staat hat schon jetzt dafür zu sorgen" und zwar mit Rücksicht auf den Schulzwang, der auch in Sachsen das Motiv ist, dass geeignete Fürsorge geschehen ist. Es würde sich also nur handeln um die Ausführung des Gesetzes.

Der Vorsitzende dankt dem Referenten für das Referat, welches die Grundzüge für die weitere Auffassung und Behandlung der Idiotenfrage darlegt. Ohne dieselben einzeln zu discutiren, werde der Verein sich dieselben im Allgemeinen aneignen können und die in dem Referate aufgestellten Gesichtspunkte als solche auffassen dürfen, auf welche vorkommenden Falls man sich zu berufen habe. Die Commission wird beauftragt, ihre Berathungen weiter fortzusetzen und deren Resultate in einigen Jahren wieder vorzulegen. —

Pelman richtet die Bitte an das Präsidium, dass in den Fällen, wo Referate abgegeben werden, die Resolutionen und Anträge gedruckt den Mitgliedern vorher in die Hand gegeben würden, zur Erleichterung der Discussion und des Verständnisses.

Der Vorsitzende erinnert, dass schon in München ein darauf zielender Beschluss gefasst worden sei, dass es aber nicht gelungen sei, die Herren Referenten zu vermögen, die Referate vorher zeitig genug mitzutheilen.

Dr. *Rieger:* Ueber Craniometrie und ihren Werth für die Psychiatrie.

Ich habe eine Methode der Kopfmessung am Lebenden vorzulegen, zu der ich durch die Erwägung geführt wurde, dass es gerade für die psychiatrische Praxis ein dringendes Bedürfniss ist die in ihr so häufigen abnormen Köpfe vollständig anschaulich auffassen und wiedergeben zu können nach einem einheitlichen Plan und so dass eine genaue Selbstcontrole der Masse in der Methode liegt. Ein Hauptübelstand auch für die Messung des macerirten Schädels liegt noch darin, dass über die sog. „Horizontalebene" ein höchst unfruchtbarer Streit besteht. Es wird hierüber unter der Anthropologie in der Weise um Kleinigkeiten gestritten, dass man sich z. B. fragt, ob die richtige „Horizontalebene" durch den oberen Rand oder durch die Mitte oder durch den untern Rand des äussern Gehörgangs zu legen sei, immer aber sollte der vordere Punkt durch den untern Rand der Orbita bestimmt sein. Mir scheint es, man hat hier Mücken geseiht und Kameele verschluckt: indem man bloss der ganz gleichgültigen Frage zu lieb, welches eine „Horizontalebene",

d. h. eine bei sog. mittlerer normaler, möglichst natürlicher Kopfhaltung dem Erdboden parallele Ebene sei, die viel wichtigere vernachlässigte: durch welche Ebene wir die Hirnkapsel vom Gesichtsskelet trennen können. Für die Psychiatrie ist die Hauptfrage: Wie ist das Gehäuse des Hirns beschaffen? Und daraus erwächst nun die Verpflichtung, sich die Möglichkeit zu verschaffen, dies auch am Lebenden zu bestimmen, immer natürlich mit dem Vorbehalt, dass die Fehler hier so und so grosse und dass spec. die Bestimmung des Hirnraums immer nur eine approximative ist, da die Dicke der Wände des Gehäuses von aussen nicht zu bestimmen ist. Auch Haut und Haare müssen wir in den Kauf nehmen: aber wir werden uns von vornherein sagen, dass, wenn schon ein einigermassen geübter Blick ungehindert durch sie charakteristische Schädelformen am Lebenden wahrzunehmen vermag, sie genau applicirten, ordentlich eingedrückten Instrumenten noch weniger Hindernisse bereiten können. Wir brauchen nun Grundrisse des Gehäuses, für das wir uns interessiren, und Aufrisse der Länge und Quere nach, hiezu natürlich aber vor allem auch eine Grundebene, deren Verhältnisse zur Horizontalstellung des Kopfes uns aber vollständig gleichgültig ist. Wir trachten vielmehr nur darnach eine solche zu wählen, die wirklich auch wenigstens annähernd den Boden der Hirnkapsel darstellt. Da nun aber in Wirklichkeit weder das ganze Hirn noch das Grosshirn allein auf einer ebenen Fläche aufruht, so müssen wir uns mit einer Ebene begnügen, die die Unebenheiten der Hirnbasis in allerdings idealisirter Weise, aber doch mit den geringsten Fehlern ausgleicht. Für die Messung am Lebenden erledigt sich die Frage nach einer solchen in sehr einfacher Weise, da überhaupt nur eine einzige möglich ist. Es ist dies die, deren Längsaxe von dem Mittelpunkt zwischen den beiden Augenbrauenbogen vorne zur Protub. occip. hinten geht. Tiefer als der vordere Punkt zu gehen, dazu liegt für die Frage nach dem Hirngehäuse selbstverständlich nicht der mindeste Grund vor; tiefer als der hintere, verbietet sich einfach durch den Ansatz der Nackenmuskeln. Unsere ganze Grundfläche muss nun genau so zum Horizont geneigt sein wie diese Axe, d. h. sie muss eine vollkommen ebene Grundfläche sei; wir können sie uns am lebenden Kopfe körperlich darstellen durch einen genau in der Weise um ihn gelegten Gummiring, dass er dieser Bedingung entspricht. Die absolute Nothwendigkeit aber an einer vollkommen ebenen Grundfläche festzuhalten, ergiebt sich aus der Aufgabe, die Hirnkapsel ausschliesslich mit Ordinaten, die sich auf Längs- und Queraxen der Grundebene beziehen und den dazu gehörigen Curven zu construiren. Fragen wir nun, wie sich diese ideale Grundebene verhält zur vielfach gekrümmten wirklichen Grundfläche des Hirns, so unterliegt hierbei der vordere Punkt, wie schon gesagt, keinem Anstande: der Frontallappen des menschlichen Hirns ruht auf einem annähernd ebenen Orbitaldach. Um uns weiter über die uns interessirende Frage zu orientiren greifen, wir zu einem sagittalen Median-

durchschnitt des Schädels, der uns sofort darüber Aufschluss giebt, welche Punkte innen dem Ringe entsprechen, den wir aussen um den Schädel herumlegen. Wir können dies auch wieder höchst anschaulich machen, wenn wir um eine solche Schädelhälfte einen Gummiring legen, der innen als gerade Sehne, aussen als krummer Bogen um sie läuft. Wir bestimmen ihre Lage durch unsere beiden Punkte vorne und hinten, halten die Schädelhälfte nun so, dass das Schaustück parallel dem Erdboden ist, und legen nun auch den Bogen so, dass das von ihm eingeschlossene Stück eine dem Erdboden vollkommen parallele Ebene darstellt. Nun finden wir, dass unser hinterer Punkt aussen, die Protuber. occipit. extern. beiläufig dem Kreuzungspunkt der Eminentia cruciata innen entspricht, somit der Ansatzstelle des Tentorium und damit einer Scheidung von Gross- und Kleinhirn in der Weise zu genügen scheint, dass ersteres ober-, letzteres unterhalb bleibt. Ich werde allerdings an anderem Ort zeigen, dass diese Congruenz des äussern und innern Punktes nur eine sehr approximative ist und dass darin ein unvermeidlicher Fehler der Methode in ihrer Anwendung auf den Lebenden liegt. Ebenso liegt das Tentorium nicht in einer Ebene, sondern convergirt mehr oder weniger stark nach oben, so dass auch, wenn seine seitlichen Ränder genau in unsere Ebene fielen, dennoch in der Mitte ein mehr oder weniger beträchtlicher Theil des Kleinhirnraums noch über ihr läge. Ragt hier etwas dem Grosshirn Fremdes in den von uns umschriebenen Raum herein, so bleibt umgekehrt in der Schläfengrube ein kleiner Theil des Schläfelappens unterhalb unserer Ebene, was wir uns am Besten in der Weise anschaulich machen, dass wir wieder unsere Schädelhälfte von innen gegen das Licht gehalten betrachten und so das Band aussen durchscheinen lassen: wir sehen dann, dass es ein wenig — aber immer höchstens einen Centimeter — über dem Boden der Schläfegrube hinwegläuft. Mit diesen verhältnissmässig kleinen Fehlern haben wir nun aber wirklich eine ideale Ebene gewonnen, die den Boden des Grosshirns darstellt, die auch in der Medianebene ziemlich genau über den Türkensattel geht und so Kleinhirn, Pons und Medulla oblongata gewissermassen im Souterrain lässt. Das Beste an dieser Ebene ist, dass sie in der Anwendung auf den Lebenden die einzig mögliche ist. Denn um einen Kopf nach geometrischen Principien richtig aufs Papier zu projiciren, müssen wir ihm sicher fixirbare Marken zur Bezeichnung seiner verschiedenen Ebenen in Wirklichkeit anlegen, und für den tiefsten Horizontalumfang müssen wir deshalb schon wegen der Nichtapplicirbarkeit einer solchen von einer etwaigen Jochbogenebene oder dergl. absehen, da in ihr ein Band um den Kopf — über die Nase! — zu legen unmöglich ist. Aber das Verlassen einer solchen ist auch sonst der reine Gewinn — und das wird uns wieder, sofern wir überhaupt dazu noch der A[illegible] bedürfen, mit einem Blick klar, wenn wir wieder durch eine
Jochbogenlinie aussen auf die Medianebene innen proji
durch gewonnene Sehne hat nun nicht mehr die minder

Grundlinie des Grosshirns, fällt selbstverständlich vorn um die ganze Höhe der Orbita unter sie, hinten aber steigt sie über ihr in die Höhe.

Unsere Ebene wird also am Lebenden durch ein um den Kopf gelegtes Gummiband markirt und auf ihr kann nun unter Benutzung elementarster geometrischer Hülfsmittel ein nur rechte Winkel enthaltendes System von Ordinaten aufgebaut, um sie mit Bleidraht gewonnene Curven gelegt und das Ganze so aufs Papier gebracht werden, dass nun mit völlig getreuen Massen eine Projection zu Stande kommt, die das unmittelbare Ausschneiden eines genauen Modells gestattet[1]).

Bei dieser Methode darf man sich erst dann zufrieden geben, wenn die direct vom Kopf mit Draht abgenommenen Curven vollständig genau entsprechen den auf ganz anderem Wege durch Messung und Berechnung gewonnenen Punkten. Darin liegt eben die Selbstcontrole der Methode und eine solche ist auch bei jeder Kopfmessung im höchsten Grade nöthig. Ich habe früher ein Jahr lang Köpfe nach bisher üblichen Methoden gemessen und mich nur zu oft überzeugen müssen, dass wenn zur Controle ein anderer jedenfalls ebenso genauer und gewissenhafter Beobachter nachmaass, seine Zahlen ganz anders ausfielen.

Da ich die Gewinnung einer rationellen Methode zur Messung des lebenden Kopfes durchaus nicht als blosse Streitsache für die Psychiatrie betrachte, sondern überzeugt bin, dass er die Configuration der Köpfe seiner Patienten genau zu kennen mindestens die gleiche Verpflichtung hat, wie der Geburtshelfer die Becken der seinigen, so möchte ich mir noch einige Betrachtungen erlauben über die von einer solchen Methode zu erwartenden Resultate. Zuerst ist es durch sie einmal in vollkommener Weise ermöglicht, die so häufig in Irrenanstalten vorkommenden schiefen Schädel sicher auch am Lebenden zu diagnosticiren und wie es uns auch vorderhand unerklärlich sein sollte, warum gerade Verrückte so besonders häufig schiefe Köpfe haben, so wäre doch schon ein rein statistisches Resultat in dieser Beziehung werthvoll. Auch in dieser Beziehung hat übrigens die Methode die Feuerprobe schon bestanden, indem bei einem seinerzeit intra vitam gemessenen exquisiten Schiefkopf, der seither verstorben ist, die genaueste geometrische Aufnahme des macerirten Schädels die Diagnose am Lebenden und ihre graphische Darstellung vollständig bestätigte.

Ferner scheint sich schon jetzt, allerdings auf Grund eines mir noch lange nicht genügenden Materials, die allerdings a priori auch schon wahrscheinliche Thatsache vermuthen zu lassen, dass die richtigen Heriditarier viel abnormere Köpfe zeigen, als z. B. die Paralytiker — doch liegt mir vielmehr daran, darauf hinzuweisen, dass diese Frage mittelst der Methode

---

[1]) Die Détails dieser Methode, die nach dem Vortrag demonstrirt wurden, sollen, da ohne Abbildung nicht verständlich, an anderer Stelle geschildert werden.



leicht und sicher in Zukunft entschieden werden kann, als jetzt schon auf Grund eines zu kleinen Materials irgend ein Resultat auszusprechen. Endlich ist es mir sogar gelungen, schwere traumatische Schädelimpressionen auf den Curven völlig naturgetreu darzustellen.

Gestatten Sie mir nun nur noch an einem einseitig gewählten Beispiel einige Erläuterungen. Ich fasse jetzt nur in's Auge das Verhältniss des Sagittalbogens zu seiner Sehne, meiner Horizontalen. Dieses Verhältniss ist besonders wichtig für das Studium der Mikrocephalie. Es giebt nun eine bis in's annähernd normale Leben hineinreichende Mikrocephalie, die besonders für die Irrenanstalten ihr Contingent stellt. Ich hatte zur Verfügung die Profile von exquisiter Mikrocephalie, besonders das der Margarete Mähler aus der Würzburger pathologischen Sammlung, die, soviel ich weiss, bis jetzt den kleinsten bekannten Schädel hatte. Von ihm ausgehend ist es mir gelungen mit dem verhältnissmässig geringen Material von 12 Köpfen eine Reihe von Sagittalprofilen herzustellen, die anfangend mit der Mähler als Minimum in fast continuirlicher Reihenfolge durch mehr oder weniger mikrocephale und normale Köpfe hindurch geht bis zum grössten, einem normalen Menschen angehörigen Kopf, den ich überhaupt finden konnte. Es ergiebt sich also, allerdings vorderhand nur bei einseitiger Berücksichtigung des Sagittalbogens, dass die Mikrocephalie durch eine continuirliche Reihenfolge verknüpft ist mit normalen Köpfen. Erwägt man nun, dass unser Sagittalbogen die in erster Linie wichtige Längsentwicklung des Grosshirns bezeichnet und dass ich ausdrücklich constatiren kann, dass bei den betreffenden Individuen, die die Uebergänge von extremster Mikrocephalie bis zu Normalköpfen darstellen, nicht etwa eine Compensation durch grössere Breitenentwicklung gegeben war, so gewinnt die Thatsache, dass diese Uebergangsköpfe, die sich nach unten an noch als Idioten zu bezeichnende Individuen anschlossen, geistig gestörte waren, an Bedeutung. Nun ist aber ein solcher kleiner Sagittalbogen nicht nur an und für sich zu betrachten, sondern besonders auch in seiner oben angegebenen Beziehung zu seiner Sehne. Dann wird aber ein Fall in dieser Hinsicht noch viel wichtiger, der z. B. einen grossgewachsenen Mann betrifft. Ein solcher hat ceteris paribus eine lange Basislinie, worauf schon *Welcker* aufmerksam gemacht hat, indem gerade diese im nächsten Verhältniss zur Körperlänge steht, wie ja auch ein Theil von ihr die Fortsetzung der Wirbelsäulenaxe bildet, während die verticale Höhe der Hirnkapsel durchaus damit nichts zu schaffen hat.

Nun kann über einer recht langen Basis ein verhältnissmässig viel zu kurzer Bogen sich wölben. Es fällt dies manchmal schon dem Augenmaass auf, man ist aber auch oft überrascht, bei Menschen, die gar nichts unmittelbar Auffallendes zu bieten scheinen, eine derartige Mikrocephalie zu finden, die oft recht hochgradig ist: ich meine eben eine solche relative Mikrocephalie, die den Ausdruck normaler Länge der Schädelbasis bei gering entwickeltem Grosshirn bildet. Das Missverhältniss lässt sich sehr

leicht in Zahlen ausdrücken. Man setzt die Länge des Bogens = 100 und berechnet, wie viel Procent der Bogenlinie die Basis als Sehne darstellt. Das Verhältniss für normale Menschen habe ich etwa zu 50—51 berechnet, also der Bogen ist etwa noch einmal so lang als die Sehne.

Nun kam vor einiger Zeit auf die Würzburger Irrenabtheilung ein Mann, der Herrn Geh. Rath *v. Rinecker* sofort in dieser Richtung auffiel. In der That, das Resultat der Messung war, dass bei ihm jenes Procentverhältniss = 58,3 war. Das ist nun aber eben schon ein hoher Grad solcher relativer Mikrocephalie und für den vorliegenden Fall ergiebt sich nun meines Erachtens auch schon eine ganz unmittelbare Nutzanwendung dafür, wie eventuell Schädeldifformitäten in Beziehung zu einer Geistesstörung zu setzen sind, ja ihr einziges greifbares materielles Anzeichen bilden. Der betreffende Mensch hat ein gewisses Alter, 30 J., erreicht, galt bisher für ganz normal und wird plötzlich auf eine ganz geringfügige Ursache hin, die vernünftigerweise gar nicht als ätiologisches Moment in Betracht kommen kann, „geisteskrank". Er ist erblich neuropathisch belastet, aber es wäre eben gerade sehr wichtig, in einem solchen Fall einen materiellen Ausdruck dieser Belastung finden zu können: ein solcher ist aber eben häufig mikrocephale Kopfbildung, wie ich anderwärts darzuthun später Gelegenheit haben werde.

Nachdem ich früher mehr einer Auffassung zuneigte, nach der es sich bei den Schädeldifformitäten der „Geisteskranken" mehr um gewissermaassen semiotisch wichtige Dinge handelte, die als Stigmata hereditatis etwa die gleiche Bedeutung hätten, wie Missbildungen des Ohrläppchens, hochgradige Phimose, Epispadie u. dergl., also eben um Anzeichen, dass in der ganzen Anlage des Organismus abnorme Vorgänge stattgefunden haben, haben mir nun in neuerer Zeit einige Fälle anderer Natur den Gedanken nahe gelegt, dass diese Auffassungsweise, die schon für unsere Mikrocephalie kaum genügend scheinen dürfte, da hier doch gewiss auch an den directen Einfluss der Hirnarmuth gedacht werden muss, für noch andere Fälle viel zu allgemein erscheint, wir vielmehr für diese wohl berechtigt sein dürften, einen viel engeren Causalzusammenhang zwischen Schädeldifformitäten und der beobachteten Hirnkrankheit zu statuiren. Ich habe 3 Fälle im Auge, die sämmtlich noch in der Periode des Hirnwachsthums standen. Von dem ersten kann ich allerdings nur soviel angeben, dass Herr Prof. *Lucae* hier im *Senckenberg*'schen Institut mir einen höchst interessanten Schädel zeigte, herstammend von einem jungen Mann, der immer gesund gewesen und ganz plötzlich unter Hirnerscheinungen gestorben war. Die Section ergab ein absolut negatives Resultat für die pathologische Anatomie im engern Sinn, dagegen war doch insofern ein materieller Befund vorhanden, als der Schädel eine ganz excessive Brachycephalie aufwies. Ich stellte nun schon bei Betrachtung dieses Falls die Erwägung an, ob vielleicht in der Periode des Hirnwachsthums Schädeldifformitäten in der Weise der Hirnentwicklung directen schweren Schaden bringen könnten, dass der Schädel einseitig zu früh

sein Wachsthum beendigt hat und nun nicht weiter ausdehnbar wäre, zu einer Zeit, wo das Hirn noch sein Wachsthum fortsetzt. Nachdem *v. Gudden* aus seinen Experimenten über Schädelwachsthum am Kaninchen den Schluss gezogen, dass Hirn- und Schädelwachsthum verhältnissmässig unabhängig von einander, normaliter aber gleichsam „auf einander gerichtet sind"; ist es unter der Voraussetzung der Richtigkeit dieser Lehre klar, dass durch einseitige Störung des einen Moments eben dieses „Aufeinandergerichtetsein" aufhören und unter Umständen die Gefahr für das Individuum gerade darin bestehen muss, dass das andere ungestört ist, während bei gleichmässiger Entwicklung, selbst wenn dieselbe für beide eine schiefe und mangelhafte ist, die unmittelbare Gefahr eine geringere sein kann. Wenn es so denkbar wäre, dass selbst Lebensgefahr durch ein solches mechanisches Missverhältniss entstände, um wie viel eher noch Geisteskrankheiten! Ich erinnere auch noch daran, dass schon *Esquirol* angiebt, die künstlich deformirten Köpfe in Südfrankreich, bes. die unter dem Namen der „déformation Toulousaine" bekannten disponiren entschieden zu Entstehung von Geisteskrankheiten. Selbstverständlich müsste die Weiterverfolgung dieses Gedankens sich noch auf ein grosses Material eingehendster Einzeluntersuchungen stützen, und ich hätte jenen ersten Eindruck vorläufig auch ad acta legen müssen, hätte er sich mir nicht wieder lebhaft aufgedrängt bei der Betrachtung der weiteren Fälle.

Ein Mädchen von 17 Jahren starb intra partum an Eclampsie. Bei der Section zeigte sich der vollkommene Befund einer richtigen Dementia paralytica, Leptomeningitis und Periencephalitis der Convexität beiderseits. Bei diesem Befunde erscheint die Eclampsie nicht auffällig, sowenig als die epileptischen Anfälle der Paralytiker. Der Reiz des Geburtsakts kann natürlich besonders leicht im kranken Hirn einen solchen Zustand auslösen und dann auch zum Tode führen, so gut als der Paralytiker in seinem Anfall sterben kann. Nun war aber auch hier eine excessive Brachycephalie vorhanden, die mir sofort lebhaft den vorhin erwähnten Schädel ins Gedächtniss rief. Nur hatte ich hier Gelegenheit gehabt mich mit eigenen Augen von dem Vorhandensein einer materiellen Hirnerkrankung zu überzeugen, für die es mir aber bei dem jugendlichen Alter des Individuums um so mehr nahe lag, ein gewissermassen inneres ätiologisches Moment zu suchen: und ich dachte auch hier wieder an die Schädlichkeit, die einem noch wachsenden Hirn durch ein deformirtes Gehäuse zugefügt werden könnte, und ob am Ende dieses Missverhältnisses nicht die materielle Hirnerkrankung verschuldet hätte. Allerdings musste ich mir dagegen sagen, dass ich doch wieder bei der völligen Unbekanntschaft mit den Antecedentien des Individuums irgend welche andere mehr äusserliche Schädlichkeiten nicht absolut ausschliessen könnte. Desto erw[illegible]
mir die Gelegenheit einen derartigen Fall genauer zu beobac[illegible]
ein junger Mann von 21 Jahren mit ganz normalem Vorlebe[illegible]
den ersten Blick ein höchst abnormer Schädel auffiel, ein

kopf, sehr brachycephal, aber desto stärker in die Höhe entwickelt. Der Vater giebt bestimmt an, dass das Kind schon mit diesem jedermann auffälligen Kopf auf die Welt kam, und schob den abnormen Kopf auf die schwere Geburt. Viel wahrscheinlicher dürfte die Annahme des umgekehrten Causalnexus sein, dass der abnorme schwer configurirbare Kopf die schwere Geburt verschuldet habe. Der junge Mann kam unter der Diagnose einer ganz neuerdings entstandenen Epilepsie auf die Irrenabtheilung und starb nach Verlauf eines Vierteljahrs, nachdem noch einigemale epileptische Anfälle aufgetreten waren und er sich auch längere Zeit in einem stuporösen Zustand befunden hatte. Bei der Section hatte man nun hier Gelegenheit das Verhältniss des Hirns zum Schädel einer genauern Betrachtung zu unterziehen. Vor allem fiel auf, dass als aus diesem Thurmkopf das Hirn herausgenommen wurde, es sich auf ebener Unterlage in die Länge ausdehnte wie ein aus einem normalen Schädel genommenes. Es machte fast den Eindruck als ob in diesem Schädel das Hirn sich beständig in einem Zustand unnatürlicher Compression in der Längsaxe und Spannung nach oben befunden hätte. Am Schädel selbst waren Sagittal- und Coronarnaht völlig verschwunden. An den Hirnwindungen war besonders auffallend, dass die normaliter sagittal verlaufenden alle mehr transversal verliefen, am stärksten im Hinterhauptslappen. Als eigentlich pathologischer Befund fand sich auch hier eine frische Leptomeningitis beider Convexitäten. Auf dieses 21jährige Individuum hatte nun sicher weder Alkohol noch Lues eingewirkt, ebenso wenig irgend welche Excesse — und dennoch ein derartiger Befund in solcher Jugend — die Leptomeningitis war entschieden frisch, nicht etwa schon seit der Kindheit bestehend, ganz im Einklang mit der Historia morbi. — Hier drängte sich mir immer mehr der Gedanke auf: Sollte nicht eine derartige mechanische Hemmung des Hirnwachsthums geradezu als eine in gewissem Sinn traumatische Schädlichkeit wirken können?

Dieses wäre dann also ein sehr directer Zusammenhang von Schädelmissbildung mit psychiatrischen Zuständen.

Meynert hat in neuster Zeit einen sehr kühnen Gedanken hingeworfen, der, wenn er auch total falsch sein sollte, sich doch als höchst fruchtbar erweisen kann, schon dadurch, dass er gründlich widerlegt werden müsste. Sein Gedankengang ist nämlich etwa der: Was ist all diese psychiatrische Heredität, von der immer gesprochen wird? Wer weiss, ob sie nicht auf rein zufälligen Umständen beruht? Wir wissen, wenn ein zu kleines Mutterthier von einem zu grossen Männchen belegt wird, dass die Geburt schwer wird und der Kopf des Jungen Schaden leiden kann. Könnte es nicht auch bei Menschen so sein? So dass die psychiatrische Heredität, wenn ich ihn richtig verstanden habe, am Ende auch auf ein rein äusserliches Missverhältniss der Erzeuger hinausliefe. Es wäre jedenfalls geboten auch dieses Moment, wenn es auch so wohl viel zu einseitig hingestellt wird, gründlich zu verfolgen, und gerade in allen derartigen Beziehungen

wird eine Methode ein Hilfsmittel bieten können, die in vollständiger anschaulicher und sich selbst controlirender Weise jeden Kopf aufs Papier bringt, die nicht blos todte Zahlen, sondern lebendige Anschauung giebt.

Vorsitzender. Wir waren der Ansicht, dass sich eine Discussion nicht anschliessen solle. Nun wünscht Herr *Köhler* einige Präparate zur Ergänzung vorzuzeigen. Ich möchte mir den Vorschlag erlauben, eine Ausnahme zu machen.

Köhler. Es sind eigentlich nicht Präparate, sondern im Anschluss Zeichnungen ganz nach derselben Methode ausgeführt, welche ich mir erlauben wollte, den Herren vorzutragen. Zunächst freut es mich, ganz dieselbe Methode gefunden zu haben, seitdem ich seit einer langen Reihe von Jahren gemessen habe, und zwar gleichzeitig mit dem Bleidraht angefangen, aber ich habe gefunden, dass der Bleidraht so ausserordentlich unsicher die Sache gestaltet hat, dass ich nicht in allen Fällen auf Sicherheit rechnen konnte. Ich habe statt dessen starken Zinndraht genommen, den ich auf dem Schädel modellire. Ich bin auch zu der Ansicht gekommen, dass die gewöhnlichen Messinstrumente nicht ausreichen. Es muss dahin gezielt werden, dass der Schädel in seiner Configuration als plastisches Gebilde dargestellt werde. Ich habe mittelst dieses einfachen Messinstrumentes Zeichnungen ganz nach derselben Weise, wenn auch nicht auf der mathematisch sicheren Basis, ausgeführt. Ich habe zunächst die Curven der verschiedenen Ausbauchungen des Schädels gemessen und in dieser Beziehung Unebenheiten darzustellen versucht. Ich bin aber noch einen Schritt weiter gegangen und habe daraufhin die ganze Physiognomie geradezu basirt und construirt, so dass auch ein Gebild der ganzen Configuration entstanden ist. In dieser Weise sind diese Schädelfiguren entstanden, gleichzeitig mit Höhenangabe, wie sie College *Rieger* angegeben hat. Nun habe ich genau nach den gegebenen Massen auch die Physiognomie darauf construirt von ähnlichen Kindern. Ferner habe ich, um auch eine Vergleichung in Bezug auf die Schädelformation nebeneinander zu haben, ein Netz entworfen, auf welches ich die einzelnen Schädel construirte, in ihrer natürlichen Grösse verkleinert mittels Storchschnabels, so dass sie in ihrer Form und ihrem gegenseitigen Grössenverhältniss alle neben einander gestellt sind. Auf diese Weise sind nun die Bilder entstanden, wie sie rein der Natur abgenommen sind. Jede Entfernung der ganzen Physiognomie ist genau nach Verhältniss wiedergegeben, und unten sind die betreffenden Formationen, Längscurven und Quercurven mit aufgenommen worden. Hier ist z. B. ein colossaler Makrocephal, der in Würzburg war, der in gleicher Weise construirt ist. Hier ist ein kretinisches Mädchen gleichfalls in der Weise construirt, ein Mikrocephal, der gegenwärtig noch in Flensburg ist.

Mendel bemerkt, dass es nicht richtig sei die Discussion wr
lassen, die Vorträge könne man lesen, der Hauptwerth der Versr

beruhe in der Discussion, dieselbe müsse eben in Schranken gehalten werden.

Der Vorschlag, ob in diesem Falle eine Ausnahme vorn erwähnter Berathung gemacht werden und über den Vortrag von *Siemens* die Discussion eröffnet werden solle, wird abgelehnt.

Brosius, Ueber offene Curanstalten.

Es ist mir nicht gelungen, den Erfinder des Wortes „offene Curanstalten" zu entdecken. Ich vermuthe nur, dass der Ursprung der neuen practischen Psychiatrie in jene Zeit fällt, wo nach Proclamirung des Umschwunges in der Psychiatrie die Ideen grösserer Freiheit der Irren aufzutauchen begannen. Man glaubte damals, dass für die sogenannten Geisteskranken dieselben Anstalten hinreichend seien, welche auch für die übrigen Nervenkranken hinreichend sind, und damals gerade wurde der Ausdruck, der unglückliche Ausdruck „geschlossene Irrenanstalten" modern, und im Gegensatz zu dem Terminus freiere Verpflegungsform trug dieser Ausdruck wesentlich dazu bei, das Vorurtheil gegen die ursprünglichen Irrenanstalten erheblich zu steigern. Jener Glaube nun und dieses Vorurtheil sind meiner Ansicht nach das Fundament der offenen Curanstalten geworden. Wiederholt habe ich verschiedene Aerzte sich dahin äussern hören, dass sie es sehr bequem fänden, ohne polizeilich beglaubigte ärztliche Atteste, ohne Krankheitsbericht, ohne Ausstellung von Fragebogen, kurzum, in ganz bequemer Weise einen Geisteskranken in eine Curanstalt für Nervenleidende abgeben zu können, oder auch dahin, dass sie recht gut wissen, dass dieser oder jener Kranke geistesgestört ist, dass sie es aber nicht wagen, das auszusprechen und den Namen „Anstalt" zu nennen, um ihre empfindliche Familie nicht zu verletzen, dass sie daher froh sind, wenn sie einen Geistesgestörten in glatter Weise in einer Curanstalt für Nervenleidende unterbringen können, wo doch wenigstens ärztliche Aufsicht stattfindet. Es ist thatsächlich ja auch bekannt, dass in diesen Anstalten für Nervenleidende, die ja eine Menge Formen von reinen Neurosen aufnehmen, auch offenbar Geisteskranke sich befinden, trotzdem die Programme dieser Anstalten figuriren „mit Ausschluss von Geistesgestörten". Wie retten sich nun die Besitzer dieser offenen Curanstalten für Nervenkranke aus diesem Widerspruch? Soweit ich darüber gelesen habe und das finde, kommen sie gerade der Empfindlichkeit des Publicums und der Furcht der Aerzte, ihre empfindliche Familie zu versetzen, entgegen durch oft recht sonderbare Deductionen, z. B. „es kann ein Individuum psychisch leidend, oft schon psychisch schwer leidend sein, und ist darum doch noch nicht geistesgestört". Wie soll ich das verstehen? Es scheint mir, dass man ein altes Bündel dieser sogenannten Dreiheit der Seele wieder losschnallt, und aus diesem Bündel schlüpfen dann heraus Gemüth und Wille als ganz coordinirte Facultäten der Seele, coordinirt dem Verstande, als wären sie ganz unabhängig von ihm. Man spricht von Verstimmung, man spricht von nervösem Angegriffensein, von geistigem

Angegriffensein, von Disthymie, leichter Melancholie etc., als wären sie rein neurotische Zustände und hätten mit unseren Vorstellungen gar nichts gemein. Es ist aber doch wohl ausgemacht, dass alle diese verschiedenen quantitativen und qualitativen Anomalien des Empfindens und Wollens ebensogut geistige Störungen sind, wie der Wahnsinn selbst, dass es gleichwerthige centrale Symptome sind, die auch bestimmte Formen darstellen, wie wir sie in unseren ganz gewöhnlichen geschlossenen Irrenanstalten beherbergen. Gerade diesen formalen Störungen, die also auch doch wirkliche Geistesstörungen sind, begegnet man nach dem Programm der offenen Curanstalten innerhalb dieser Anstalten, also erst in den Prodromalstadien, wie es da heisst, des Irreseins. Gewiss, solange Prodroma sich beschränken auf einfache nichtpsychische Nervenstörungen, auf das Nervenleben, können sie ja in diese Anstalten für Nervenleidende gehören. Wenn man aber im Allgemeinen von Prodroma des Irreseins spricht, so versteht man darunter auch die psychischen, und da haben wir ja eine Form — es ist ja die ganz bekannte Paralyse, diese grosse Neurose, deren Beginn ja gar nichts Anderes psychischerseits ist als eine formale Störung des Denkens unter dem bekannten Bilde der reizbaren Schwäche. In den Curanstalten werden ferner aufgenommen diese melancholischen Zustände, die, weil noch kein Wahnsinn existirt, weil die Vorstellungen, die trüben Gedanken noch auf der Stufe der Befürchtungen stehen, eine Ueberzeugung noch nicht fest geworden ist, man so ganz euphemistisch Disthymieen nennt. Die offenen Curanstalten wollen ferner aufnehmen Formen aus der Gruppe des Vorstellungszwangs, sie nehmen ferner auf die hysterischen und hypochondrischen Affectionen, endlich auch die Morphinisten und Alkoholisten geringeren Grades. Ja, meine Herren, so steht es im Programm, und da könnten wir doch eigentlich nicht sagen, das sind dieselben Formen, die auch bei uns in den Irrenanstalten vorkommen. Also ich meine, dass man einfach sagen müsste, das ist eine gewöhnliche Irrenanstalt, warum nennt man die nur offene Curanstalt? Ich bin der Ansicht, dass gerade diejenigen Formen, die die offenen Curanstalten aufnehmen, nicht in offenen Curanstalten sein sollten, denn gerade diese Anfangsstadien des Irreseins, diese melancholischen Zustände mit ihrem noch ganz flüssigen Krankheitsbild, was noch durchaus nicht stabil geworden ist, gerade bei diesen Formen, wo die imitativen Zustände in vollster Blüthe stehen, die Debütanten im Irresein noch gar nicht zu berechnen sind, ist räumliche Trennung, räumliche Beschränkung, sind die Massregeln einer gewöhnlichen Irrenanstalt durchaus nothwendig, schon des Heilzwecks und der Sicherheit wegen. Dagegen können in die offenen Curanstalten, denen ich durchaus eine Berechtigung nicht absprechen will, viel eher solche Formen aufgenommen werden, die wirklich schon stabil geworden sind; leichte Dementes, eine grosse Anzahl von Verrückten können viel mehr Freiheit und das Offensein der Anstalt vertragen, als diese Anfangsformen des Irreseins und frischen melancholischen Zustände. Ich kann mir nicht anders denken, als, wenn

dem Programm der Anstalten gemäss verfahren wird, dass da merkwürdige und schwer traitable Elemente sich anhäufen müssen, unzufriedene, klagsame, misstrauische Individuen, die eine solche Direction und eine solche Administration nothwendig machen, dass der Charakter einer offenen Curanstalt aufgehoben wird, und geschieht das nicht, werden wirklich die offenen Curanstalten in solchen Fällen und bei solchen Kranken nicht zu geschlossenen gemacht, so kann es meiner Ansicht nach nur Blamage und Unglück geben oder wenigstens sehr arme Curresultate, und ich muss denn auch gestehen, dass ich wohl sehr häufig aus offenen Curanstalten unannehmliche, traurige und unglückliche Ereignisse gehört habe, wie sie als unvermeidliches Attribut auch an unsere gewöhnlichen Irrenanstalten sich knüpfen, aber sehr wenig von Genesung, und sie müssten gerade die allermeisten Genesungen haben, weil sie eben prodromale Zustände, die frischen Formen, die melancholischen Zustände aufnehmen wollen. Ich will durchaus den offenen Curanstalten die Berechtigung nicht absprechen; aber es handelt sich doch wenigstens um Klärung und Verständigung über diesen Begriff. Wenn ich das Programm der Curanstalten, was meiner Ansicht nach ein falsches ist, und ihr Princip, was meiner Ansicht nach ein total verkehrtes ist, angreife, muss ich leider mich selbst mit anklagen. Ich habe, und vielleicht keiner unter uns mehr als ich, geschwärmt für die Freiheit der Irren und die freiheitliche Gestaltung ihres Lebens innerhalb der Anstalt und redlich schon vor 20 Jahren die Forderungen erfüllt, die jetzt noch in den offenen Curanstalten und für die offenen Curanstalten gestellt werden. Aber ich muss gestehen, ich bin ganz gründlich belehrt worden, und ich meinerseits, um Sie nicht länger aufzuhalten — hoffentlich wird an diese Skizze sich eine Discussion knüpfen — ich betrachte die offenen Curanstalten nicht als einen Fortschritt, sondern als einen Rückschritt der practischen Psychiatrie.

Auch über den *Brosius*'schen Vortrag wird eine Discussion abgelehnt.

Schuchardt, Epileptiforme Anfälle bei Magenerkrankungen.

Dass häufig mit Verdauungsstörungen, dabei besonders mit chronischem Magenkatarrh, Störungen im Nervenleben der betreffenden Kranken verbunden sind und, dass im Verlaufe der mit Depressionen einhergehenden Geisteskrankheiten die Erscheinungen des Magenkatarrhs nicht selten sich unverkennbar entwickeln, ist eine allgemein bekannte Thatsache.

Seltener zur Beobachtung dürfte jedoch kommen, dass der chronische Magenkatarrh indirecte Ursache epileptiformer Anfälle ist. — Aus diesem Grunde wage ich es, der hochverehrten Versammlung folgenden in der Provinzial-Irrenanstalt zu Andernach beobachteten Fall mitzutheilen.

Reinhard, Ludwig, Tagelöhner, Wittwer, 63 Jahre alt, stammt aus psychisch belasteter Familie, er selbst erfreute sich stets der besten Gesundheit, war von lebhaftem Charakter und zeigte für seine Sphäre eine ziemliche Intelligenz. In den mittleren Lebensjahren soll er ab und zu getrunken haben. Im August 1873 trat ein kurz dauernder Aufregungs-

zustand auf, der jedoch bald ohne ärztlichen Eingriff vorüberging. Ein ebensolcher Zustand stellte sich im Laufe des Jahres 1878 ein. Im Sommer 1879 erhielt er den Besuch seines gutsituirten und bemittelten Bruders, der ihm ein grösseres Geldgeschenk machte. Die Folge davon war öfterer Missbrauch von Spirituosen, beginnende Erregung, Unruhe, Schlaflosigkeit. Im September 1879 wird er in seiner Heimath in's Hospital, am 17. Octbr 1879 in die Anstalt zu Andernach aufgenommen.

Ueber ein Jahr ist der Kranke andauernd in heiterer Erregung, kann sich jedoch meist etwas beschäftigen, ab und zu trat verdriessliche Stimmung auf, wo er denn auf seinen Aufenthalt schimpfte. Von Mitte Februar 1881 ab ist er ruhiger; es schwinden Heiterkeit und Schwatzhaftigkeit. Zugleich mit der Depression treten Klagen über Appetitlosigkeit, schlechten Geschmack im Munde auf, belegte Zunge, Schmerz im Epigastrium bei leichtem Drucke, Gefühl der Völle im Leib, Beschwerde nach Nahrungsaufnahme, öfteres Aufstossen mit unangenehmem Geschmack, grosses Mattigkeitsgefühl. — Die krankhaften Erscheinungen von Seiten des Magens weichen keiner medicamentösen Behandlung; es wird deshalb Ende März zu Ausspülungen des Magens mit lauem Wasser geschritten; stets wurden nur geringe Mengen von Wasser einlaufen gelassen und immer wurde das Ausspülen gut vertragen. In Folge dieser Behandlungsweise schwand ein Theil der quälenden Symptome, jedoch blieb der Appetitmangel und die belegte Zunge.

Es wurde deshalb am 27. April zum Ausspülen mit einer 1 procentigen Resorcinlösung geschritten. Es wurde circa 2—2½ Liter Flüssigkeit einlaufen gelassen. Da trat plötzlich Starre der Gesichtsmusculatur, leichte clonische Zuckungen der Augenlider, der Beine, später der Arme und Hände auf. Die Augen waren weit geöffnet, Pupillen weit, erst starr vor sich hinblickend, dann leichter Nystagmus; keine Reaction der Pupillen auf Lichteinwirkung. Vollständige Bewusstlosigkeit ist vorhanden. Leichte Bewegungen der Lippen und des Unterkiefers werden gemacht; Ausfluss ziemlich beträchtlicher Speichelmengen. Auf Anrufen, Stiche etc. erfolgt keinerlei Reaction. Der Puls war klein, weich, Frequenz 120 in der Minute, die Athmung erschwert und beschleunigt, zwischen 28—40 schwankend. Dieser Anfall dauerte ungefähr 10 Minuten. Das Bewusstsein kehrt zurück, es ist keinerlei Rückerinnerung von allem, was mit ihm in der Zwischenzeit geschehen ist, vorhanden. Er giebt an, er habe plötzlich ein krampfartiges Zusammenziehen in der Magengegend gefühlt, dann habe er das Bewusstsein verloren. — Nach dem Anfalle ist ein grosses Schwächegefühl vorhanden, so dass der Kranke den ganzen Tag im Bette bleibt; auch noch während der nächsten Tage giebt er an, dass er sich ungewöhnlich matt und abgeschlagen fühle. Seitdem wurde der Versuch einer Ausspülung nicht wieder gemacht und es traten auch keinerlei convulsive Erscheinungen wieder auf. Bezüglich des dyspeptischen Zustandes will ich noch bemerken, dass derselbe sich langsam etwas besserte bei geeigneter Diät,

doch ist auch jetzt noch der Appetit nicht besonders aber wenigstens keinerlei unangenehme Empfindungen vorhanden. Psychisch ist noch immer leichte Depression zu notiren.

Im Anschluss an diesen Fall möchte ich noch einige andere erwähnen, wo im Verlauf langdauernder schwerer Magenaffectionen epileptiforme Anfälle eintraten. Einen derselben hatte ich Gelegenheit eingehend zu beobachten während meiner Assistentenzeit auf der *Kussmaul*'schen Klinik zu Strassburg, derselbe wurde schon früher in der Dissertation von *Gassner* veröffentlicht.

Eva F., ledig, 26 Jahre alt, von abnorm kleiner Figur nur 1,25 M., geistig sehr beschränkt. Schon als Kind schwächlich und kränklich, musste aber trotzdem stets so viel als möglich arbeiten. Im Jahre 1875 acquirirte sie in Folge starker Erkältung profuse Durchfälle und heftiges Erbrechen. Nach ärztlicher Behandlung blieb Durchfall weg, es trat hartnäckige Obstruction auf. Der Kräftezustand verringerte sich stark, die Kranke hütete bis zum Sommer 1876 das Bett; das Erbrechen war mit geringen Pausen stets vorhanden. Ausserdem waren auch immer Leibschmerzen bei hartem gespannten Abdomen vorhanden. Im März 1877 sistirte das Erbrechen, dagegen wurden die Schmerzen im Leib, das Gefühl von Fülle und Druck daselbst so stark, dass die Patientin sich häufig zum Erbrechen reizte, um sich Erleichterung zu schaffen.

Am 18. Juli 1877 wurde sie in die medicinische Klinik zu Strassburg aufgenommen, die Kranke zeigte die hochgradigste Abmagerung, sie wog mit voller, schwerer Kleidung nur 45½ Pfd.

Die Diagnose wurde auf ungewöhnlich grosse Magenerweiterung gestellt. Das Verhalten der Kranken und der Verlauf der Krankheit im Einzelnen interessirt uns hier nicht. Ich führe deshalb nur die hierher bezüglichen Notizen an. Am 2. August traten plötzlich am Nachmittag Anfälle von Contracturen in Händen und Beinen auf, ½ Stunde dauernd. Das Bewusstsein war leicht getrübt, Patientin wusste nicht mehr wo sie war und dergleichen, klagte dabei über heftige Schmerzen in allen Extremitäten. — Am 3. August wieder ähnliche Anfälle nur stärker; das Bewusstsein ist ganz geschwunden, die Kranke zerbiss sich die Zunge, hatte Schaum vor dem Mund. Es war das typische Bild des epileptischen Anfalls. Nach dem Anfall kehrte das volle Bewusstsein langsam zurück und klagte die Kranke noch über Kopfschmerzen. Am 12. August Verdrehen der Augen, convulsive Bewegungen der Hände. Am 13. August am Mittag vollständiger epileptischer Anfall; am 14. August ebenfalls, darauf den ganzen Tag stark benommen. Im ersten Viertel des September traten noch einmal Anzeichen eines Anfalls auf, Verdrehen der Augen und eigenthümliche Stellungen und Bewegungen der Finger. Bis zu ihrer Entlassung am 3. Februar 1878 tritt kein Anfall mehr auf. — Die Kranke hatte bedeutend an Gewicht zugenommen, sie wog 68,0 Pfd. und wurde in gutem Gesundheitszustand relativ geheilt entlassen.

Kussmaul machte schon früher auf die Krampferscheinungen bei Magenerweiterung aufmerksam und schilderte dieselben als einfach tonische, selten clonische Krämpfe, welche theils bei erhaltenem, theils bei aufgehobenem Bewusstsein eintreten. Die drei hier einschlägigen Beobachtungen *Kussmaul's* finden sich in seinem Aufsatz „Behandlung der Magenerweiterung“ durch eine neue Methode mittelst der Magenpumpe im VI. Band des deutschen Archivs für klinische Medicin.

Bei dem ersten Fall begann der Krampf im Magen, Dyspnoë, Unvermögen zu sprechen stellte sich ein, bei erhaltenem Bewusstsein, die Extremitäten wurden von tonischen Krämpfen befallen. Stets traten diese Anfälle ein, wenn Patient durch mehrmaliges Erbrechen sehr schwach geworden ist.

Bei der zweiten Beobachtung begann der Krampf mit einem Gefühl von Eingeschlafensein in Händen und Füssen, darauf schmerzhafte tonische Krämpfe der Flectoren beider Hände und Vorderarme und der Wadenmuskeln, die Augen geschlossen. Die verengten Pupillen reagiren nicht gegen Lichtreiz, er antwortet auf keine Frage. Auf Nadelstiche reflectorische Zuckungen. — Der Puls war beschleunigt, ebenso die Respiration. Dieser Anfall dauerte circa 2 Minuten. Wenige Tage darnach trat abermals ein krampfhafter Anfall von circa 20 Minuten Dauer ein. Nach ungefähr einem Monat trat nach dem Ausspülen wieder ein Anfall ein, der in der Nacht und am andern Morgen sich wiederholte. Der Kranke lag mit geschlossenen Augen im Bett, Pupillen verengt, Bulbi nach oben gewendet, wimmernd und unzusammenhängende Worte ausstossend. Puls frequent, Athmung mässig vermehrt. Gesichts- und Kiefermuskeln, Hals- und Beugemuskeln beider Arme waren in tonischen Krämpfen, die zuweilen von kurzen clonischen Zuckungen unterbrochen wurden. Der Anfall währte 5 Stunden.

Die dritte Beobachtung betraf einen Fall mit enormer Erweiterung des Magens durch ein stenosirendes und vernarbtes Geschwür des Pylorus. Nach starkem Erbrechen traten heftige, schmerzhafte tonische Krämpfe in den Extremitäten ein, sowohl in den Wadenmuskeln, als in den Beugemuskeln des Vorderarmes. Gefühl von grosser Bangigkeit und Athemnoth leiteten die Anfälle ein und begleiteten sie. Dieselben wiederholen sich oft, immer ging starkes Erbrechen voraus.

Aus diesen Fällen zieht *Kussmaul* und mit ihm *Gassner* in seiner schon erwähnten Dissertation den Schluss, dass das Zustandekommen dieser Krämpfe abhängig sei von der bei Magendilatationen eigenthümlichen Inanition, die sich von der Inanition anderer chronischer Erkrankungen unterscheide durch die aufgehobene Wasserresorption und eine daraus resultirende Eindickung des Blutes. Als Beweis für diese Ansicht und zur Unterstützung wird noch angeführt, dass bei kleinen Kindern, wenn sie leicht zu Krämpfen disponirten, ein heftiger Brechdurchfall genüge, um allgemeine Convulsionen hervorzurufen. Ferner führt *Gassner* die Convulsionen bei Cholera an, die auf den Säfteverbrauch basirten. Als einen Hauptgrund führt er dann zur

Bekräftigung seiner Ansicht an, das Verschwinden der Anfälle bei Hebung des Leidens.

Neumann beschreibt einen Fall mit Sectionsbericht, wo Krampfanfälle bei stenosirender Narbe am Pylorus eingetreten waren und giebt folgende Erklärung: „dass eine Stenose im Tractus intestinalis längere Zeit bestehen kann, ohne erhebliche Beschwerden zu verursachen, während sie sich dann plötzlich bei irgend einer durch Diätfehler oder andere geringfügige Veranlassungen gegebene Störung durch ileusartige Symptome documentiren, dürfte durch die Frage zwar bewiesen sein, die Frage ist aber: wie sind die schliesslichen Hirnerscheinungen damit in Zusammenhang zu bringen? Ohne eine genügende Erklärung geben zu wollen, glaube ich doch mit einigem Rechte dieselben unter die Categorie der Eklampsie bringen und sie mit der (allerdings von manchen Seiten bezweifelten) aus gesteigerter Reflexerregbarkeit bei sehr schmerzhaften Wehen entstehenden Eklampsia parturientium in Parallele stellen zu dürfen. Es liegen hier in der That sehr analoge Verhältnisse vor; wie hier der Uterus unter schmerzhaften Contractionen die Frucht auszutreiben strebt, so traten in unserem Falle gewaltsame Contractionen im Magen auf, die den Mageninhalt durch den verengten Pylorus fortzutreiben tendirten. Ebenso wie bei der Eklampsia parturientium ferner die Krampfanfälle im Beginn an die Wehen gebunden erscheinen, mit Aufhören derselben gleichfalls nachlassen und erst später eine selbstständige Bedeutung erlangen, ebenso traten auch hier anfänglich die krampfhaften Zufälle in unmittelbarem Gefolge der intensiven Kolikanfälle auf und wiederholten sich auch später unabhängig von diesen. Dazu kommt die überaus grosse Aehnlichkeit des Krankheitsbildes nach Eintritt der tödtlichen Katastrophe". — Dieser Ansicht *Neumann*'s zufolge wäre dann nur das Auftreten eines Krampfanfalles bei gefülltem Magen möglich, während doch bei den übrigen angeführten Fällen die Krämpfe zuweilen nicht nur nach dem Erbrechen, sondern auch gleich nach dem Ausspülen eingetreten sind. Ich möchte mich nun weder der Ansicht von *Kussmaul* und *Gassner* noch der von *Neumann* strict anschliessen, da der von mir zuletzt beobachtete Fall, bei welchem keinerlei Magendilatation oder alte Narbenstrictur besteht, beweist, dass ein Krampfanfall bei vollständig normaler Wasserresorption und ohne krampfhafte Anstrengung der Magenmusculatur eintreten kann. Ich glaube vielmehr, dass der Grund derartiger Krampfanfälle von epileptiformem Charakter in dem überaus gereizten Zustand der nervösen Organe der Magenschleimhaut bei länger bestehendem chronischen Magenübel zu suchen ist. So dass einestheils eine plötzliche jähe Entladung des Magens durch Erbrechen oder Ausspülen die dadurch bedingte plötzliche Erschlaffung des ausgedehnten Magens und reflectorische Contraction desselben, anderntheils aber auch wie bei unserm Fall, die ungewöhnlich starke und plötzliche Anfüllung des durch chronischen Catarrh afficirten Magens, welche gewissermassen als Schreck wirkt, einen derartigen starken Reiz auf die Mageninnervation ausübt, dass dadurch die Auslösung

epileptiformer Anfälle zu Stande kommt. Dass also das Zustandekommen epileptiformer Anfälle in erster Linie rein mechanischen Momenten bei bestehender Reizung der Magenschleimhaut zuzuschreiben ist. Wird durch eine rationelle Cur das Uebel gehoben, resp. gebessert, so werden natürlich auch die nervösen Organe gekräftigt und widerstandsfähiger gemacht, so dass ein mechanischer Eingriff, ein rein mechanischer Reiz wieder besser vertragen wird, und dadurch ein Verschwinden aller convulsiven Erscheinungen natürlich ist. Ich möchte in dieser Hinsicht die Ansicht vieler älterer Autoren, welche eine „Epilepsia gastrica" annehmen, bedingt durch pathologische Veränderung der Magenwand, nicht zurückweisen, und betrachte diese Art epileptiformer Anfälle vollständig als Reflexepilepsie ganz adäquat der Reflexepilepsie, welche zu Stande kommt bei Ohrenerkrankungen und wie sie von *Moos* und anderen beschrieben worden ist, oder auch ähnlich den epileptischen Erscheinungen nach Nervenverletzung, resp. narbiger Entartung an Nerven, wie sie *Köppe* beschrieben hat. — Bei Magendilatationen werden derartige Anfälle deshalb nur häufiger beobachtet, als bei anderen Magenaffectionen, weil die sich hinzugesellende Inanition das Zustandekommen der krampfartigen Zustände begünstigt.

F. Siemens, Ueber die practischen und rechtlichen Verhältnisse bei Entweichung von Geisteskranken aus der Anstalt.

Ich erbitte mir auf kurze Zeit Ihre Aufmerksamkeit für eine Frage, welche für den practischen Irrenarzt von einer gewissen Bedeutung ist. In jeder Anstalt, auch der besteingerichteten und bestgeleiteten, mag sie von guten 9 Fuss hohen Mauern umgeben sein, oder, wie die unsrige, mit ihren Häusern frei im Felde liegen, kommen Entweichungen von Geisteskranken von Zeit zu Zeit vor. Wird die Entweichung gleich bemerkt und folgt der Kranke dem Wärter ohne zu grossen Widerstand, so ist die Zurückführung leicht. Unangenehm sind die Scenen gewöhnlich dann, wenn der Kranke sich widersetzt, wenn das Personal Gewalt anwenden muss, um ihn zurückzubringen. Es ist da immer die eine Regel die beste, dass die Gewalt von sachverständiger Hand und mit Uebermacht anzuwenden ist. Befindet sich aber ein einzelner Wärter einem gewaltthätigen Kranken gegenüber, etwa des Nachts, oder im freien Felde, oder auch unter fremden Leuten, welche indifferent zuschauen oder gar, wie es auch vorkommt, die Parthei des Kranken ergreifen, so ergeben sich mehr Schwierigkeiten. Hier kann es unter Umständen zu schweren Verletzungen des Kranken sowohl wie des Wärters und zu andern höchst unangenehmen Dingen kommen.

Gestatten Sie, dass ich an folgenden practischen Fall anknüpfe, über den Einige von Ihnen vielleicht in den Zeitungen etwas gelesen haben, obgleich dort nicht gerade die Umstände erwähnt worden sind, auf welche es hier besonders ankommt. — In der Hessischen Pflegeanstalt für Männer, dem Landeshospital Haina, befand sich seit längerer Zeit ein höchst gefährlicher und gewaltthätiger unheilbarer Kranker, ein Verrückter mit Sinnes-

täuschungen und Verfolgungsideen. Derselbe war schon öfters aus der Anstalt entwichen und hatte dann draussen Diebstähle und Gewaltthätigkeiten verübt. Er befand sich in Haina permanent in der Zelle, und während sonst bei über 300 Geisteskranken keinerlei Zwangsmittel, Jacken etc. mehr dort in Gebrauch sind, war dieser Kranke, der wiederholt die Zelle demolirt hatte, ausnahmsweise mit einem s. g. Spannriemen über den Fussgelenken gefesselt. (Ich bemerke hier beiläufig, dass der Director unserer Anstalt auf die Verwaltung der Pflegeanstalt Haina keinerlei unmittelbaren Einfluss hat. Die Anstalt steht, wie die unsrige, unter dem Landesdirector in Cassel, der Vorsteher der Anstalt ist ein Jurist und Verwaltungsbeamter, und es befindet sich nur ein Arzt dort. Erst in neuerer Zeit wird Prof. *Cramer* über die Einrichtungen der Anstalt consultirt; dieselbe ist übrigens recht gut geleitet, wenn auch bis jetzt kein Psychiater von Fach dort angestellt ist. Die Kranken geniessen in Haina im Allgemeinen ausserordentlich viel Freiheit. Durch Neubauten wird die Anstalt jetzt auf 600 Plätze vergrössert.) — Der erwähnte gefährliche Kranke war von herkulischer Körperkraft. Eines Abends im vorigen Winter lässt der Wärter, zu dessen Dienst die Zelle des Kranken gehört, aus Versehen die Thür der Zelle offen, der Kranke, dem der Spannriemen nur ganz kleine Schritte zu machen erlaubt, entweicht und wird bald darauf von einem anderen Wärter bemerkt, als er gerade von der Anstaltsmauer herunterspringt oder fällt. Es war stockfinster; der Wärter, viel schwächer an Körperkraft als der Kranke, versucht die Zurückführung, es giebt einen Ringkampf, wobei beide hinfallen. Der Kranke ergreift den Hodensack des Wärters und ruft: Hund, du musst sterben! Was nun vorgeht, ist nicht genau ermittelt; der Wärter fiel noch nachher in Folge der Hodensackverletzung wiederholt in Ohnmacht. Es kamen inzwischen andere Wärter hinzu und der Kranke wurde zurückgebracht, wie es heisst, mit Stössen und, da er den Spannriemen trug, unter öfterem Hinfallen. Dann lässt der Kranke noch seinen Koth gehen und besudelt sich, sodass ein Bad nöthig wird. Im Badezimmer sollen ihn die Wärter noch weiter misshandelt haben. Alles dies sagte vor Gericht ein geistesgesunder Hospitalit als Hauptzeuge aus, der erweislich gegen die Hospitalverwaltung animos war. Thatsache ist, dass der Kranke gleich nachher starb, und dass sich mehrere Kopfverletzungen, Rippenbrüche und ein Ulnarbruch bei der Section fanden. Das Gutachten der Gerichtsärzte liess es zweifelhaft, ob die tödtliche Kopfverletzung durch Misshandlung, oder durch Fallen von der Mauer entstanden war, die übrigen Körperverletzungen wurden den angeklagten Wärtern zur Last gelegt und dieselben sämmtlich zu sehr harten Gefängniss- und Ehrenstrafen verurtheilt. Dass die Wärter, welche nachher den Kranken misshandelten, hart bestraft wurden, ist vollkommen in der Ordnung, obgleich auch sie durch den Kranken, welcher ihnen stets viel Unangenehmes bereitete, schwer gereizt waren, aber auch unserem Gefühl nach hätte der Wärter, welcher zuerst mit Gefahr seines Lebens den Kranken von der Flucht abhielt, mildere Beurtheilung verdient. Den nach-

lässigen Wärter, durch dessen Schuld die Entweichung möglich wurde, bestrafte das Gericht nicht.

Nach dem Urtheilsspruch des Schwurgerichtshofes herrschte eine gewisse Panik bei den übrigen Wärtern der Anstalt, auch bei den unsrigen, wenn es sich um Zugreifen bei gewaltthätigen Kranken handelte. Auf der einen Seite befiehlt der Dienst ihnen das Zugreifen, und sie riskiren vielleicht schwere Verletzungen oder das Leben, auf der anderen Seite droht ihnen das Zuchthaus. Wir kamen daher zu der Meinung, dass sowohl die Wärterinstruction als auch die Gesetzgebung hier eine Lücke habe und suchten wenigstens die erstere auszufüllen. Wir instruirten unser Wartpersonal dahin, dass wenn ein entwichener Kranker ohne Anwendung von Gewalt nicht zurückzubringen ist, diese nach der allgemeinen Vorschrift ohne Zerrerei und Uebermacht zu geschehen habe, und zwar habe dies in der Regel nur auf dem Gebiet der Anstalt oder deren nächster Umgebung zu geschehen. Hat sich der Kranke schon weiter entfernt, befindet er sich bereits in einem fremden Hause oder unter anderen Leuten, so soll ihm zwar der Wärter folgen und ihn zunächst auf gütlichem Wege zurückzubringen suchen, auf einen Kampf mit dem Kranken soll er sich jedoch unter keinen Umständen einlassen, sondern sich in diesem Falle sofort weitere Instruction holen. Man wird in diesem Falle die Sicherheitsbehörde requiriren, und wenn weiterhin Gewalt nothwendig ist, so soll das Anstaltspersonal die Anwendung derselben den Sicherheitsbeamten unbedingt allein überlassen.

Gesetzliche Bestimmungen über alle diese Dinge existiren bekanntlich bei uns nicht. Wir haben ja überhaupt keine Irrengesetzgebung, und es ist auch zweifelhaft, ob wir besser daran wären, wenn wir eine hätten. So sind über die Frage, ob die Anstalt überhaupt das Recht hat, einen entwichenen Kranken mit Gewalt zurückzuführen, die Ansichten der Juristen, die wir fragten, verschieden. Die meisten bejahen allerdings diese Frage, und wir würden daher im gegebenen Falle Gewalt anwenden dürfen. Es ist aber nur dann dazu zu rathen, wenn sichere Aussicht auf Erfolg vorhanden ist, ist dies nicht der Fall, so beschränken wir uns besser auf die sofortige Anzeige bei der Polizei, indem wir dieser als Organ der öffentlichen Sicherheit die Unschädlichmachung resp. Zurückführung des Kranken anheimgeben. Die Polizei hat ja auch allein die nöthigen Mittel und die gehörige Autorität in Händen; das, was das Publikum bei dem Wärter geneigt ist, als Misshandlung zu rügen, fällt bei dem Zugreifen der Polizei nicht weiter auf. Auch wenn aufgeregte Kranke, wie das bei Aufnahmen oft beobachtet wird, zerbläut und geschunden von den Angehörigen und den hülfreichen Nachbarn, in die Anstalt abgeliefert werden, so findet Niemand etwas dabei. So stehen also die Sachen, und die Anstalt ist in allen diesen Fragen völlig rechtlos und lediglich auf das Wohlwollen der Behörden und des Publikums angewiesen. Wie weit die Rechtlosigkeit der Anstalt geht, kann man auch aus den Fällen erkennen, wo untreue Beamte und Wärter den Kranken für Geld zur Flucht verhalfen und von dem Gericht nicht bestraft worden sind. Ic

erinnere hier nur an die Entweichungsgeschichte aus der Maison de santé bei Berlin. Auch aus der Schweiz wird berichtet, dass ein Wärter sich von einem Kranken einen Wechsel von 6000 Fcs. ausstellen liess und ihm zur Flucht verhalf. Der Wechsel wurde bezahlt, da der Kranke nicht interdicirt war, und der Wärter wurde nicht bestraft. In den anderen Ländern, welche eine Irrengesetzgebung haben, finden sich nur zum Theil Bestimmungen über diese Frage, so im Code pénal art. 475, 7 und art. 479, wo denjenigen Personen eine besondere Strafe angedroht wird, welche Narren oder Rasende, die in ihrem Gewahrsam standen, entweichen liessen. In der alten österr. Instruction für die Primärärzte der Irrenanstalten heisst es: Bei der Entweichung eines Wahnsinnigen ist die schnelle Anzeige an den Director mit der Personalbeschreibung des Entwichenen zu machen. Die Wärter, die daran Schuld haben, sind entweder zum Aufsuchen des Entwichenen oder zur Strafe zu verhalten. Das englische Irrengesetz bestimmt in No. 53 betreffs der Entweichungen nur, dass sofort gehörigen Orts von der Entweichung, sowie von der Zurückbringung des Kranken Anzeige gemacht wird. Nach dem belgischen Irrengesetz Chap. XI des évasions werden auf sofortige Anzeige die Organe der öffentlichen Sicherheit mit der Verfolgung betraut. Es wird, wie es heisst, in Gheel so gehalten, dass von den Kosten der Wiedereinbringung der Oberwärter die Hälfte und der Nourricier die Hälfte bezahlt, übrigens giebt es einen tarif fixé d'indemnité für die Wiedereinbringung. Die Folgen davon sind in Gheel die vermehrten Zwangsmittel, welche gegen die der Flucht Verdächtigen angewendet werden und die sich bis zu Ketten und Kugeln an den Füssen steigern.

Wir kommen damit noch auf einen anderen Punkt, der bei den Entweichungen eine Rolle spielt. Das ist der Kostenpunkt. Wer bezahlt die Kosten der Wiedereinbringung? Die Anstalt, oder der Kranke, das heisst also Angehörige resp. Heimatsgemeinde, oder die Polizei? Streng genommen hat, wie unsere Juristen behaupten, die Anstalt nur die Verpflichtung zur ärztlichen Behandlung und zum Unterhalt der Kranken. Wenn aber zur Behandlung auch die Bewachung, oder wie die Juristen zu sagen belieben, die Einsperrung gehört, so würde es sich fragen, ob im einzelnen Falle der Kranke durch Verschulden des Personals entwichen, oder ob er ohne directe Schuld irgend Jemandes fortgekommen ist, und dann würde dies als ein Naturereigniss anzusehen sein. Wer bezahlt aber dafür? Die Juristen rathen, es in den betreffenden Fällen der Polizei resp. den Angehörigen anheimzustellen, den Kranken wiederzubringen, und uns auf weiter nichts einzulassen. Andere rathen, es in die Aufnahmebedingungen aufzunehmen, dass für derartige Kosten die Antragsteller haften. Ich erfahre, dass in einzelnen Anstalten Fonds für diese Auslagen vorhanden sind.

Wenn alle diese Fragen gleichmässig erledigt würden, könnte das als ein Fortschritt für die Irrenpflege begrüsst werden. Mit der Berührung des Gegenstandes wollte ich lediglich eine Meinungsäusserung der Herren pro-

vociren, welche in der Sache eine bedeutende Erfahrung besitzen, und zwar würde es sich wesentlich um die 2 Punkte handeln:

1) ob die Anstalt das Recht hat, Zwangsmaassregeln gegen Kranke ausserhalb des Territoriums der Anstalt anzuwenden, und

2) wer in den Fällen von Entweichung die Kosten der Zurückführung zu tragen hat.

Nach diesem Vortrag tritt eine Pause um $11\frac{1}{2}$ Uhr ein.

Nach halbstündiger Pause eröffnet der Vorsitzende die Sitzung wieder mit der Mittheilung, dass für die gesellige Vereinigung zum Mittag die Gewerbe-Ausstellung, und zum Abend das Restaurant Taunus vorgeschlagen werde; er bittet ferner die Vortragenden sich in der Zeit etwas zu beschränken. — Prof. *Westphal* erhält das Wort.

Westphal, Vorschläge zur Abänderung der amtlichen Zählkarten für die Irrenanstalten.

Ich glaube einem allgemeinen Wunsche zu entsprechen, wenn ich die einzelnen Punkte der Zählkarte hier zur Sprache bringe. Es kommt mir vorzugsweise auf einen Punkt an, nämlich auf die Krankheitsformen, die in den Zählkarten aufgeführt sind. Ich glaube, Sie werden sich häufig in grosser Verlegenheit befinden, eine Krankheitsform nach dem Schema der Zählkarte einzutragen, jeder von seinem Standpunkt aus. In der That wissen wir ja, dass eine Einigung über die Eintheilung der Krankheitsformen bisher nicht erzielt ist. Es liegt das einmal wohl in der Schwierigkeit der Sache selbst, zweitens aber auch daran, dass bis vor kurzem eigentlich psychiatrische Kliniken nicht existirt haben und daher die Fortpflanzung einer bestimmten Lehre mit einem gewissen autoritativen Charakter auf eine grössere Anzahl von Schülern, späteren Irrenärzten, nicht hat stattfinden können. Die Formen, die hier aufgeführt sind, sündigen durch mancherlei. Ich habe damals schon, als sie aufgestellt wurden, mich sehr entschieden gegen das Schema erklärt, bin aber überstimmt worden. Ich erlaube mir ganz kurz nur die einzelnen Formen zur Sprache zu bringen und durchzugehen. Was die Melancholie betrifft, so sehe ich in den Irrenanstalten selbst (bei Privatkranken verhält es sich ganz anders) ausserordentlich wenig Fälle, die ich nach meiner Auffassung zu dieser Krankheitsform rechne. Andere Aerzte zählen ausserordentlich viel Fälle von Melancholie in ihrer Statistik auf, offenbar, weil sie etwas ganz Anderes darunter verstehen und Fälle mit zur Melancholie rechnen, die ich als Hypochondrie, Verrücktheit u. s. w. bezeichne; für manche Aerzte genügt eben eine depressive Stimmung, gleichgültig wie sie bedingt ist, zur Annahme einer „Melancholie". Was die Manie betrifft, so ist die Sache noch schlimmer. Es [illegible] Aerzte die Fälle als „Manie" auffassen, welche ich selbst als „T[illegible] würde, und die daher sehr viele Fälle von Manie seh[illegible] die Manie auch eine relativ seltene Krankheitsform is[illegible]

sagen, wenn auf der einen Seite kürzlich von einem hier anwesenden Collegen ein Buch über die „Manie" veröffentlicht ist, während für andere ausgezeichnete Collegen der Begriff der Manie überhaupt nicht mehr existirt? Was ich als „secundäre Seelenstörung" in die Zählkarte eintragen soll, vermag ich mit dem besten Willen nicht zu sagen, wenn ich nicht darunter alle Fälle subsumiren soll, die unheilbar sind. Ich glaube, dass Sie sich mit der Streichung dieser Form wohl einverstanden erklären werden. Ebenso wird auf der anderen Seite der Vorschlag, die „primäre Verrücktheit" einzuführen, wohl kaum auf Widerstand stossen. Ich könnte noch weiter ausführen, wie in den jetzigen Zählkarten einige Bezeichnungen unhaltbar sind, andere wichtige Krankheitsformen ganz fehlen, wieder andere ganz verschieden aufgefasst werden — allein diese wenigen Bemerkungen werden für den Nachweis genügen, dass das Schema des Zählblattes unhaltbar ist.

Eine Statistik, die sich hierauf gründete, wäre ein absoluter Nonsens, es wäre nicht der Mühe werth, auch nur einen Blick darauf zu werfen. Was soll man nun an die Stelle setzen? Es giebt offenbar nur zwei Wege; der eine wäre derjenige, sich über eine Anzahl von Formen zu einigen, Veraltetes auszumerzen, Fehlendes aufzunehmen, die Formen bedeutend zu vervielfältigen, so dass möglichst alle individuellen Fälle darunter subsumirt werden können. Dies halte ich gegenwärtig für unmöglich, da es zu endlosen Discussionen führen, eine Einigung doch nicht erzielt werden, und ein practisches Resultat daraus nicht resultiren würde. Die Schnelligkeit der Ausfüllung der Zählkarten würde zudem erheblich darunter leiden. Es bleibt daher meiner Meinung nach nur **ein** Weg übrig, Vereinfachung mit der Tendenz, für die Statistik und durch die Statistik **grosse allgemeine** Resultate zu gewinnen, die wirklich etwas bedeuten. Es müssen nur Fragen gestellt werden, die jeder Irrenarzt **gleichmässig** zu beantworten vermag. Und hier komme ich auf die Vorschläge zurück, die bereits im J. 1867 in Paris gemacht wurden, als von der Société médico-psychologique ein paar ausserordentliche Sitzungen anberaumt waren, zu denen auch Ausländer zugezogen waren. Es befanden sich in der Commission, die für die Berathung dieser Frage niedergesetzt war, *Griesinger*, *Roller*, *Mundy* u. A. Diese Commission hatte ein Schema vorgeschlagen, das gerade durch seine Einfachheit annehmbar ist. Man hatte für die Statistik u. A. folgende Formen aufgestellt: Idiotie, Cretinismus (dazu könnte man wohl Imbecillität setzen), dann Alienation, als Unterabtheilungen simple, paralytique, démence sénile, démence organique u. s. w. Aber auch hier, glaube ich, ist noch Vereinfachung wünschenswerth und nothwendig. Nach meinem Vorschlage würden wir zu setzen haben:

1) einfache Seelenstörung,
2) paralytische Seelenstörung,
3) Seelenstörung mit Epilepsie oder Hysterie,
4) Delirium tremens und dann

5) Idiotie, Cretinismus und
6) Imbecilität (angeborner Schwachsinn).

Zur Motivirung dieses einfachen Schema's führe ich an, dass es zunächst wünschenswerth erscheint, grosse und sichere Zahlen zu gewinnen über das Verhältniss der einfachen Seelenstörung, gleichgültig, in welcher Form sie auftrete, zur paralytischen Seelenstörung. Das scheint eine der fundamentalsten und practisch wichtigsten Fragen zu sein, und sie lässt sich wirklich lösen auf Grund der Statistik. Ob die einfache Seelenstörung als Melancholie, Hypochondrie, Manie, Verrücktheit u. s. w. aufgetreten ist, lässt sich für jetzt auf dem Wege der Statistik nicht ermitteln. Wer hierüber Untersuchungen anstellen will, muss es auf anderem als dem allgemeinen statistischen Wege thun. Dagegen ist einfache und paralytische Seelenstörung unzweideutig, ebenso ist Seelenstörung mit Epilepsie oder Hysterie verständlich. Allerdings wird im einzelnen Falle gezweifelt werden können, ob ein Fall als epileptischer oder hysterischer aufgefasst werden soll, indess ist das Sache der Diagnose des einzelnen Falles, und einzelne diagnostische Irrthümer spielen keine Rolle; die Aufstellung der Formen wird dadurch nicht alterirt. Es wird ja unter Umständen auch zweifelhaft sein, ob man den Patienten als Paralytiker diagnosticiren soll oder nicht, trotzdem steht der Begriff der allgemeinen Paralyse fest genug, um ihn statistisch verwerthen zu können. Ich bemerke übrigens, dass ich absichtlich nicht gesagt habe, „epileptische oder hysterische Seelenstörung", weil dies leichter zu Zweideutigkeiten Veranlassung geben könnte, als „Seelenstörung mit Epilepsie" (resp. Hysterie). Delirium tremens ist gleichfalls unanfechtbar. Man könnte vielleicht fragen, ob es nicht besser wäre zu sagen Alkoholismus oder alkolistische Geistesstörung. Ich habe es absichtlich nicht gethan. Erstens ist Delirium tremens etwas ganz Anderes als z. B. eine chronischere Form von Geistesstörung, die auf Grund des Alkoholismus entsteht; eine solche werden wir doch in der Statistik wiederfinden, sie wird nämlich als einfache Seelenstörung eingetragen und wir finden sie als auf Alkoholismus beruhend in der Rubrik für die Aetiologie. Wir werden also immer sagen können, und darauf wird es uns doch practisch ankommen, wie viele Kranke dem Alkoholismus ihre Geistesstörung verdanken; wir werden nur die ätiologische Rubrik zu vergleichen brauchen, um zu wissen, wieviel Fälle von „einfacher Seelenstörung", resp. von „paralytischer Seelenstörung" zurückzuführen sind auf Alkoholismus. Das Delirium tremens aber hat eine gewisse Wichtigkeit, namentlich für grosse Städte (die Irrenabtheilung der Charité nimmt zeitweise etwa 4 derartige Kranke täglich auf). Ueber Idiotie und Cretinismus brauche ich nichts zu bemerken, dagegen halte ich es für zweckmässig, noch „Imbecillität" als 6. hinzuzufügen. Auf diese Weise allein, meine ich, können brauchb... Resultate gewonnen werden und ich stelle anheim, zunächst diese V... zu discutiren. Einige andere Punkte der Zählkarten lassen s... erledigen.

Vorsitzender *Nasse* ersucht *Lähr* den Vorsitz zu übernehmen, da er sich an der Debatte betheiligen will.

Lähr übernimmt den Vorsitz.

Pelman. M. H. Ich habe mich zum Worte gemeldet, weniger im Hinblick auf die Vorschläge des Collegen *Westphal*, als im Allgemeinen, um die Bitte an Sie zu richten, nicht zu ängstlich zu sein und zu denken, dass das, was wir heute beschliessen, für ewige Zeit sein wird, sondern ich möchte Sie bitten, die Berechnung der Zählblättchen überhaupt von anderen Gesichtspunkten anzusehen. Es sind im Grossen und Ganzen Fragen, deren Beantwortung wir wünschen zu dem gewissen Zweck, um zu bestimmten Resultaten zu gelangen. Wir haben eine ganz bestimmte Anzahl Fragen ausgearbeitet, sie sind seit längeren Jahren beantwortet worden, es liegt kolossales Material vor, und wenn Jemand Lust und Liebe hat, sich über diese Sache zu unterrichten, kann er nicht klagen, dass ihm Material fehlt. Es ist aber damit doch gewiss nicht gesagt, dass wir aus einer gewissen Pietät an alten Dingen ferner festhalten sollten, dass wir bis in die Puppen immer dieselben Dinge wieder fragen und deren Beantwortung fordern sollen, sondern ich glaube, die Zeit und die Neuzeit erfordert auch andere Fragen, die bringt sie vor, und sie berechtigt uns, andere Frage auf den Zählblättchen aufzustellen. Ich möchte noch weiter gehen und glauben, dass wir erst das Recht haben, und dass wir auch noch andere Sachen auf die Zählblättchen bringen können und sie wesentlich vereinfachen können. Was speciell das von Prof. *Westphal* Vorgebrachte betrifft, so unterliegt es keinem Zweifel, dass die alten Bezeichnungen nicht mehr bleiben können, denn sowie Einer von uns sagt: Ich verstehe sie nicht, haben sie absolut keinen Zweck mehr und müssen durch andere ersetzt werden, mögen es nun die von Prof. *Westphal* vorgeschlagenen sein oder nicht. Ich möchte zurückgreifen, und zwar auf einen Punkt, wo ich nicht weiss, wie weit es der Wunsch der Versammlung ist, dass die Debatte wieder darauf gebracht würde, eine ganz bestimmte Frage und eine Zeitfrage, die Viele beschäftigt, das ist die Frage der Ueberbürdung. Sobald wir uns mit der Veränderung der Zählblättchen beschäftigen, wird es, abgesehen dass es nicht für immer ist, doch für eine gewisse Zeit sein, und warum sollen wir nicht die Fragen, die uns in erster Linie beschäftigen, darauf setzen und deren Beantwortung von den Collegen verlangen und wünschen? Ich möchte die Bitte richten, wenn eine Veränderung beabsichtigt und beschlossen wird, dass wir noch weiter gingen, als zu einer blossen Umwandlung der Nomenclatur, die allerdings sich nicht vermeiden lassen wird, sondern dass eine ganze Reihe von anderen Sachen wegfalle, für die das Material heutzutage vorliegt und eine Reihe von neuen Gesichtspunkten vorgebracht wird, z. B. ob der Onkel oder die Tante krank gewesen ist, darüber liegt hinreichend Material vor, auch wie alt die Kinder gewesen sind, die der betreffende hat, und es ist eine Frage, die durchaus nicht so mühelos ist, wie sie aussieht, man könnte sie vielleicht fallen

lassen, wie noch manches Andere und dafür einige andere Sachen auf's Tapet bringen, deren Beantwortung uns zur Zeit beschäftigt, interessant ist und lange nicht so viel Mühe machen wird, als die Dinge, die wir aus einer gewissen Pietät und Anhänglichkeit an den alten Zopf immer noch mit uns fortschleppen.

Der Vorsitzende *Lähr* ersucht zunächst bei dem ersten Gegenstand zu bleiben.

Pelman bemerkt, es komme nur auf allgemeine Gesichtspunkte an, man schaffe kein Werk für immer, deshalb könne mit einer gewissen Leichtigkeit verfahren werden.

Nasse. Meine Herren! Die statistische Frage hat uns seit vielen Jahren beschäftigt. Die gegenwärtig von der Regierung uns octroyirten Statistiken sind in der jetzigen Form nicht von uns beschlossen worden. Wir haben ja, wenn ich kurz auf das Historische zurückkommen darf, was vielleicht einem Theil der anwesenden Herren nicht ganz in Erinnerung ist, auf die Aufforderung im Jahre 1867, die nicht blos an einzelne Collegen, sondern an den ganzen Verein von Paris ausging, schon damals uns eingehend damit beschäftigt. Eine Commission und Gegencommission ist ernannt worden, ein eifriger literarischer Streit, Kritik und Antikritik haben sich daran geknüpft, und wir haben also diese Frage gerade über die Annahme der französischen Zählkarten schon vielfach in Erwägung gezogen. Ich möchte in Bezug darauf bemerken, dass allerdings die Franzosen mit der folie simple anfangen, sie aber nachher in x Unterabtheilungen theilen. Nachdem die französische Statistik dahin geführt haben würde, dass wir ungefähr 11000 Fragen zu beantworten gehabt hätten, weil die Franzosen so unendlich viele Unterabtheilungen gemacht haben, hat man gesucht, in Deutschland sie zu vereinfachen. Wir sind nicht sehr weit in der Vereinfachung gekommen, und schliesslich hat nach verschiedenen Versammlungen Wiesbaden das definitive Wort gesprochen, wo eine gewisse Form der Zählkarte angenommen wurde. Das statistische Bureau hat sich an die Beschlüsse, die wir damals eingereicht haben, nur zum Theil gehalten und eine ganze Reihe neuer Fragen, die wir ausdrücklich abgelehnt hatten, hineingesetzt. Wir haben 1878 in Cassel die statistischen amtlichen Zählkarten einer gründlichen Besprechung unterworfen, und diese eingehende Besprechung hat damals zu ganz bestimmten Resultaten geführt, die zum Theil dasjenige vorgezeichnet haben, was Professor *Westphal* heute noch in grösserer Vereinfachung wieder vorgestellt hat. Ich möchte aber doch erinnern, dass damals sehr wesentliche Punkte und namentlich auch diejenigen, welche College *Pelman* erwähnt hat, schon vom Verein der deutsch[illegible] Irrenärzte als vollständig abfällig bezeichnet worden sind, dass wir al[illegible] durchaus nicht nöthig haben, wenn wir nicht die d[illegible] umstossen wollen, darauf zurückzukommen. Also di[illegible] wähnt haben, über die Kinder, erledigt sich dadurch [illegible] Cassel ganz entschieden erklärt hat, diese Frage „Sin[illegible]

u. s. w." ist zu streichen. Wir haben allerdings von den Beschlüssen des Jahres 1878 keinen Gebrauch gemacht. Der Verein hatte nicht beschlossen, dass damals ein erneuter Antrag an die massgebenden Behörden geschehen solle. Es ist nicht aus der Mitte des Vereins beantragt worden, und ich kann nicht leugnen, dass ich persönlich keine Veranlassung hatte, die Sache weiter zu betreiben, da ich befürchtete, dass von Seiten der statistischen Behörden keine Geneigtheit bestehen würde, sich auf erneute Anträge damals einzulassen. Drei weitere Jahre sind seitdem vergangen, und es stände allerdings jetzt zur Frage, wie College *Westphal* beantragt hat, darauf zurückzukommen und vorzugehen mit Vorschlägen bei den betreffenden Stellen, denn sonst ist es nur eine akademische Discussion, die wir führen. — Nach dem Antrage des Herrn Collegen *Westphal* soll die Frage der Formen zu noch grösserer Vereinfachung gelangen, als in Cassel auf den Antrag von College *Meyer* u. A. beschlossen worden ist. Damals war einfaches Irresein mit den Unterabtheilungen Melancholie, Manie und Verrücktheit, paralytisches Irresein, Irresein mit Epilepsie (nach heutigem Vorschlag noch mit Hysterie), weiter Imbecilität als besondere Form und Idiotismus angenommen. Der Unterschied besteht also wesentlich darin, dass die Unterabtheilungen des einfachen Irreseins fallen. Ich von meinem Standpunkt würde das von vornherein gewünscht haben schon damals, weil ich mich nicht einverstanden erklären kann, dass, wenn überhaupt Unterabtheilungen des einfachen Irreseins angenommen werden, sie nur Melancholie, Manie und Verrücktheit sein sollen. Ich stimme also dafür sich mit einfachem Irresein zu begnügen; ebenso bin ich ganz dafür, dass die besondere Form: Imbecilität fällt, die damals in der Bedeutung gefasst zu sein schien, dass damit die erworbenen Schwächezustände bezeichnet werden sollten. Ich möchte mir nur den Vorschlag erlauben, dem Idiotismus die Imbecilität als geringeren Grad beizufügen. Da College *Westphal* sich vorbehalten hat, die übrigen Vorschläge der Abänderung noch später zu erwähnen, möchte ich nicht vorgreifen, und mir dann wieder das Wort erbitten.

Sander. Ich glaube, dass allerdings kaum ein Zweifel sein wird, dass in den Rubriken mancherlei enthalten ist, was mehr oder weniger als unnütz zu betrachten ist oder zu Verschiedenheiten in der Auffassung führen kann. Die Karten sind, nachdem eine Art Compromiss zu Stande gekommen war, vom statistischen Bureau aus nach mancher Richtung hin nicht gerade verbessert worden, das Gefühl hatte ich gleich, als sie uns damals aufoctroyirt wurden. Ich will des Beispiels wegen anführen, dass die Frage nach Recidiven gestellt war, und hier daraus gemacht worden ist, ob er schon in einer Anstalt war, was etwas ganz anderes ist. Gerade diese Frage führt bei uns zu langen Reihen von Angaben, die eigentlich ganz zwecklos sind. Denn heute kommt ein Kranker in die städtische Anstalt, in die Charité, in eine Privatanstalt, wieder in die städtische Anstalt zurück, dann ist er in 5 Anstalten gewesen, es ist aber dieselbe Krankheit. Ebenso ist es mit der Frage nach

den Kindern. Es war ursprünglich eine ganz andere Frage daran geknüpft, die aber durch diese neue Redaction verändert worden ist. Ich will mich aber jetzt auf die Formen beschränken. Ich muss gestehen, dass von vornherein einfache Geistesstörung im Gegensatz zu paralytischer gefragt wurde, und auf Wunsch vieler Collegen gewissermaassen ein Compromiss geschlossen worden ist, diese drei Formen aufzustellen. Ich gehe einen Schritt weiter. Meiner Ansicht nach ist es nicht nöthig, dass die einzelnen Formen vorgeschrieben werden. Es würde zu besseren Resultaten führen, wenn einfach gefragt würde: Krankheitsform. Es würde allerdings manche Form genannt werden, die der Eine oder Andere nicht anerkennt, aber das schadet gar nichts. Der sie zu bearbeiten hat, muss soweit in der Psychiatrie bewandert sein, dass er weiss, was der Beobachtende meint, und da es sich meist nicht um Paralytiker, sondern um die einfachen Formen handelt, werden alle zusammen unter die einfache Form gestellt werden, aber es kann sehr wohl dem Bearbeiter überlassen bleiben, aus den verschiedenen Angaben, die allerdings 2 pCt. oder 3 pCt., sehr abweichende Bezeichnungen ergeben werden, zusammenzustellen, was geeignet erscheint. In dieser Bezeichung sind wir am allerbesten bei möglichster Freiheit in der Beziehung dran. Es ist gar keine Frage, dass es Krankheitszustände giebt, die als einfache Formen und heilbar aufzufassen sind, die nicht unter die secundären gehören, aber weder Melancholie noch Manie sind, sondern etwa als Verwirrtheit und ähnliches zu bezeichnen wären. Es würde sehr interessant sein, einmal aufzustellen, und ich glaube, dass es nach mancher Richtung ganz gut ist, was für verschiedene Bezeichnungen vorkommen. Erst wer die Bezeichnungen alle vor sich hat, kann eigentlich das Resultat erlangen, welche Formen man dann herausheben muss, und welche man wieder vordrucken kann. Aber in erster Linie würde ich gegenwärtig dafür sein, blos die Frage zu stellen: Krankheitsform? Ich möchte noch anführen, dass ich selbst Gelegenheit genommen habe, unseren ganzen Bestand statistisch aufzunehmen, dass ich dabei genöthigt war, auch mindestens 5—6 Collegen zu bemühen, die in verschiedener Weise ausgebildet sind und ihre Studien gemacht haben, dass ich aber im Allgemeinen bei dieser Gelegenheit gesehen habe, — ich habe nur hingeschrieben „Krankheitsform“ und bemerkt: „die Krankheitsform mag nach Belieben benannt werden“, — ich kann nicht sagen, dass dadurch viele Unterschiede herausgekommen wären. Es handelt sich im Wesentlichen um einfache, paralytische, epileptische etc. Ich glaube, dass wir am besten thun, die Benennung der Formen einfach zu streichen und es Jedem überlassen sie hinzuschreiben.

Mendel. Ich kann mir doch einen rechten Erfolg von dem, was College *Sander* vorgeschlagen hat, nicht versprechen. Da, wie Professor *Westphal* bereits ausgeführt hat und wir alle überzeugt sind, jeder Psychiater unter der betreffenden Form etwas Anderes versteht, müsste [illegible] läuterung geben, was er unter Melancholie, was unter [illegible] müsste dann in der Statistik aufgeführt werden: Manie [illegible]

soviele Fälle, oder Manie des Dr. so und so soviel Fälle, so dass ich mir bei dieser Nomenclatur, bei diesem Mangel einer Definition für die einzelnen Formen einen Erfolg gar nicht versprechen kann. Im Gegentheil, es erhöht die Müheleistung für den betreffenden Arzt, sie auszufüllen. Ich möchte mich im Wesentlichen anschliessen an das, was College *Westphal* ausgeführt hat. Ich glaube, dass, wenn wir schreiben einfache Geistesstörung und dem Betreffenden überlassen, einen Strich zu machen, dies am sichersten zum Ziel führt, das überhaupt erreicht werden kann. Was den Ausdruck Imbecilität anbelangt, so glaube ich, dass er leicht zu Missverständnissen, wie Sie schon aus der Anführung des Herrn Vorsitzenden ersehen haben, führen kann, und ich würde deshalb vorschlagen, den Ausdruck wegzulassen, aber vielleicht hinter Idiotie in Parenthese Imbecilität einzufügen. Dann würde für diejenigen Aerzte, die sich geniren würden, einen niedrigen Grad von Blödsinn als Idiotie zu bezeichnen, die Andeutung gegeben, dass sie auch die Imbecilität darunter schreiben. Ich möchte also vorschlagen, dass wir den Antrag *Westphal* kurzweg annehmen und erweitern. Von einer Discussion möchte ich rathen abzustehen.

Hoffmann. Ich habe diese Tafel immer als das Prokustesbett meiner diagnostischen Ueberzeugung betrachtet, und sehr häufig, wenn ich eine ausfüllen musste, war ich im Zweifel und musste nach meiner Ueberzeugung etwas hinzusetzen oder einige Glieder vom Leib schneiden, damit sie hineingeht. Ich hatte deswegen immer schon längst vor, in dieser Beziehung Vorschläge zu machen, und war eigentlich der Ansicht, die alten Formen Melancholie, Manie, Verrücktheit, Wahnsinn u. s. w. beizubehalten. Wir wären dadurch doch zu der Ueberzeugung gekommen oder hätten dazu kommen können, was wir als einfach oder nicht einfach erkannt hätten, und es sind doch eine Masse von einzelnen Punkten, die sich aus einer sehr specificirten Diagnose herausstellen. Ich mache nur aufmerksam auf die Paralysen, wieviel Paralytiker es giebt, die in wirklichen Grössenwahn verfallen, wieviel blos euphoristische, wieviel Paralytiker sind melancholisch und bleiben es. Es wäre ganz interessant zu wissen aus der Statistik, dass das gefunden wird. Ich will aber auf alle diese Specificirungen verzichten, und will mich am Ende dem einfachen Antrag des Collegen *Westphal* anschliessen. Jedoch ist mir Einiges noch nicht klar. Z. B. er bringt eine Form „Epilepsie und Hysterie". Was heisst hier Hysterie? Es giebt unter den Frauen fast die Hälfte, die mit hysterischen Dingen behaftet sind. Ist darunter verstanden hysterischer Krampf oder nur hysterische Plagelust, Neigung zu Neuralgien, rasch wechselnde Verstimmungen? Da kommt eine ungeheure Masse heraus, die wir bis jetzt als einfache Psychose betrachtet haben. Woran es fehlt in dieser Abtheilung, auch in der alten Tafel, das sind die Blödsinnigen, die in Folge von Alter, von Marasmus blödsinnig werden, die Fälle, in denen sie in Folge von Apoplexie, in Folge von Nierenleiden, von Resten einer Entzündung blödsinnig werden, und es fehlt auch hier die primitiv eintretende Dementia. Es müsste also in dieser Beziehung

doch noch gesorgt werden. Ich würde beantragen, Hysterie ganz wegzuzulassen, denn Hysterie mit wirklichen Krämpfen würde wahrscheinlich zu Epilepsie hereinführen, sonst giebt es Missverständniss. Es müsste auf jeden Fall primitiver Blödsinn fallen unter einfache Seelenstörung, aber diejenigen, die von Apoplexie u. dgl. kommen — wir haben eine ganz grosse Anzahl, wenigstens 10—12 im Jahr, sie kommen herein, nach einem Jahr, nach 1½ Jahren werden sie begraben — die Fälle müssen doch auch benannt werden. Ich weiss nicht, wo ich sie hinbringen soll. Ich habe mir mit der weissen Karte so geholfen, dass wenn es ausgemacht war, welche Krankheit, ohne mich gar zu sehr zu blamiren, ich einen Strich gemacht und oben die Diagnose hingeschrieben habe.

Westphal. Ich möchte zunächst mich ganz entschieden gegen den Vorschlag des Collegen *Sander* erklären und es nicht den Herren vom statistischen Bureau überlassen, aus diesem Sammelsurium von Krankheitsformen, welches sich ergeben würde, irgend welche Schlüsse zu ziehen. Ich möchte das ganz entschieden vermieden sehen. Ausserdem ist die Arbeit eine grössere, immer die Form der Krankheit hinzuschreiben, und schliesslich hat College *Mendel* ja ausgeführt, was am meisten dagegen spricht. Ich halte an meinem ursprünglichen Vorschlag fest, aber gegen den des Herrn *Sander* erkläre ich mich unter allen Umständen. Was die Hysterie betrifft, so habe ich allerdings ausdrücklich nach der Analogie der epileptischen Krämpfe hysterische Krämpfe im Auge gehabt, also Geistesstörung in Verbindung mit hysterischen Krampfformen. Ich gebe anheim, noch irgend einen Ausdruck zu finden, der das erläutert. Was Dementia senilis betrifft, so war dieselbe von der französischen Commission aufgenommen, ebenso organische Gehirnkrankheiten. Ich habe sie mit Bewusstsein aus meinem Schema fortgelassen, aus ähnlichen Gründen, wie ich sie beim Alkoholismus angeführt habe (bei den organischen Hirnkrankheiten wäre hierbei die Rubrik Autopsie zu berücksichtigen). Die Dementia senilis ist kein scharf abgegrenzter Begriff, wesentlich ist, dass die Geistesstörung bei einem Alten vorgekommen, was sich von selbst ergiebt. Warum sollen wir eine Form der „Dementia" bei den Alten einführen, während wir sie im übrigen beseitigt haben? Es verstiesse das gegen das von mir für das Schema festgehaltene Princip.

Sander. Ich möchte meinen Vorschlag nicht so ganz von der Hand weisen lassen. Es interessirt mich z. B. sehr, wieviele Leute kommen in Irrenhäuser in Folge von Apoplexie oder sonst organischen Hirnleiden, das würde Alles wegfallen. Es würde aber nicht wegfallen, wenn Jeder die Form, die er findet, aufschreibt. Ich kann auch das Sammelsur[illegible]
gross finden, wie es gefunden wird. Jedenfalls haben wir dann
dasselbe, was Sie aus diesen vorgeschriebenen Formen herausl[illegible]
Ich möchte Collegen *Mendel* erwidern, wenn seine Manie au[illegible]
meiner Manie übereinstimmten sollte, was ich bezweifle,
wenn er eine Karte hat, wo ich und er Manie hineingeschriebe[illegible]

Es sind einfache Seelenstörungen. Das kann er immer noch thun. Ich bin allerdings auch dabei der Ansicht, und glaube, dass Sie mir darin Recht geben werden, dass eine Bearbeitung der Karten allerdings nicht bureaumässig geschehen darf, nicht so, dass Bureaubeamte die Dinge zusammenlegen. Ich habe vermuthet, dass Derjenige, der es thut, einigermaassen sachverständig ist. Was ganz abnorme Benennungen anlangt, die aufkommen könnten, so glaube ich, dass das nur ein geringer Procentsatz sein wird. Ich bitte, überlegen Sie sehr, und Sie werden allmälig dazu kommen, die Gründe zu finden, die mich veranlasst haben, diesen Vorschlag zu machen. Man soll nur nicht dem ersten Eindruck nachgeben, der allerdings befremdend ist, sondern sich die Sache klar machen.

Hoffmann. Es wäre hier vielleicht, wie in vielen Dingen, der Mittelweg das Richtige. Setzen Sie das statistische Schema von Prof. *Westphal* hin, und darunter kommt ein offener Passus: Diagnose des Arztes. Das stört ja oben nicht, im Gegentheil ist es noch eine gewisse Controle.

Westphal. College *Sander* sagt, es interessire ihn, wieviel Dementia senilis vorkommen u. dgl. Es ist sehr gut, das ihn das interessirt; aber nicht Alles, was interessirt, kann man auf dem Weg der Statistik erfahren. Es sind eine Menge Dinge, die interessant sind, aber nicht auf diesem Wege zu erreichen, sondern nur durch Specialuntersuchungen, die im Stande sind, alle Momente, auf die es ankäme, zu berücksichtigen. Wir wollen uns lieber in enge Grenzen halten und die Sicherheit haben, dass das, was wir erfahren, wirklich brauchbares Material ist.

Nasse. Ich habe geglaubt, dass mit der Bezeichnung einfache Seelenstörung nicht ausgeschlossen wäre, dass Jeder, der ein Interesse daran hat, diese einfache Seelenstörung zu zerlegen und nach seiner Form zu specialisiren, unter der einfachen Seelenstörung das ganz einfach thun könnte, und damit wäre eigentlich beiden Ansichten vermittelnd entgegengekommen.

Vorsitzender *Laehr.* Wenn Niemand weiter das Wort will, schliesse ich die Discussion. Soweit ich es übersehe, schriftliche Anträge liegen nicht vor, sind 2 Anträge da, der weitergehende von *Sander* und der von *Westphal* und deren Vereinigung durch *Hoffmann.* Ich werde dann aber bitten müssen, diese Anträge schriftlich einzureichen.

Sander. Mein Antrag ist, blos die Frage zu stellen: „Krankheitsform".

Der Antrag *Sander* wird abgelehnt.

Westphal. Mein Antrag geht dahin, anstatt Krankheitsform unter 13 zu setzen:

1) Einfache Seelenstörung,
2) paralytische Seelenstörung,
3) Seelenstörung mit Epilepsie, und man kann in Klammer setzen: Hystero-Epilepsie.
4) Delirium tremens,
5) Imbecilität, Idiotie, Cretinismus.

Der Antrag wird angenommen.



Westphal. „Sind Kinder vorhanden, wieviele, welchen Alters, welchen Geschlechts“ ist eine ganz überflüssige Frage.

Nasse. Ich möchte bitten, dass wir nicht nochmals Beschlüsse fassen, die schon einmal gefasst sind. Die Beschlüsse, die der Verein im J. 1878 gefasst hat, gelten so lange, bis wir sie abändern wollen. Aber wir brauchen sie nicht noch einmal zu bekräftigen. Da im J. 1878 ausdrücklich diese Worte gefallen sind, so glaube ich nicht, dass wir nochmals in die Berathung einzutreten haben. Wir müssen uns doch halten an das, was der Verein corrigirt hat.

Mendel. Dann möchte ich doch bemerken, dass, wie der Hr. Vorsitzende gesagt hat, diese Beschlüsse keinen practischen Erfolg gehabt haben, dass dann wir beschliessen müssen, die Beschlüsse vom J. 1878 an der betr. Stelle zur Ausführung zu beantragen.

Nasse. Dann würde die Formel so zu fassen sein, dass wir den 1878er Beschlüssen einfach wieder beitreten und sie nicht nochmals fassen lassen.

Westphal. Ich bin ganz damit einverstanden.

Nasse hält es für zweckmässig, der Versammlung kurz vorzuführen, was in Cassel 1878 beschlossen worden ist. Zunächst der Wegfall der Frage nach den Kindern (No. 6 der Zählkarte). Weiter ein Zusatz zur Frage nach den Ursachen (10, B): „Liegen vor Puerperium, Kopfverletzung, Trunksucht?“ Dann der Wegfall der Frage nach den kranken Kindern des Patienten (Fr. 11), ebenso der Frage 12 (Conflict mit dem Strafgesetz) und 14 (Complication mit constitutionellen Krankheiten). An Stelle der in Frage 16 geforderten Angaben über die Zahl der Aufnahmen in einer Anstalt wurde beschlossen:

Erste Aufnahme?

Wiederholte Aufnahme?

a. Bei vorher stattgehabter Genesung?

b. Ohne vorher stattgehabte Genesung?

Endlich der Wegfall der Frage 17 (Aufbringung der Verpflegungskosten): Also im Ganzen eine grosse Vereinfachung!

Westphal stellt dann den Antrag „Krankheitsdauer vor der Aufnahme“ in Wegfall zu bringen.

An der Discussion darüber betheiligten sich *Jehn* und *Sander*, welche für Beibehaltung dieser Frage sind. — *Westphal* zieht seinen Antrag, die Dauer betreffend, zurück, wünscht aber, dass bei „andere Ursachen“ nicht bestimmte Fragen aufgestellt würden.

Nasse bemerkt, ob bei diesem Punkt nicht die Ueberbürdung mit ...geführt werden könne.

Pelman ist der Ansicht, es betreffs dieser Frage bei den Beschl... 1878 zu lassen und „geistige Ueberbürdung“ hinzu...

Nasse wünscht ausserdem noch „Onanie“ beig...

Rieger verlangt noch „hereditäre Lues“ zuges...

Westphal ist für den Fortfall aller einzelnen U...

aufgenommen würde, könnten noch viele Einzelheiten verlangt werden. Er weist auch die Onanie als sichere Ursache der Geistesstörung zurück.

Laehr schliesst die Discussion und bringt den Antrag *Westphal's* betreffend „andere Ursachen ohne Unterabtheilungen" zur Abstimmung. — Derselbe wird angenommen.

Mendel stellt nun den Antrag, dass der Vorstand beauftragt werde, betreffenden Ortes einen Antrag auf Abänderung der Zählkarten zu stellen.

Der Antrag wird angenommen.

Nasse übernimmt den Vorsitz wieder, theilt mit, dass mehrere Herren in Anbetracht der vorgerückten Zeit ihre Vorträge zurückgezogen hätten und bringt dann den Antrag *Jehn's*: „Für die demnächstigen Versammlungen des Vereins deutscher Irrenärzte die Frist der einzelnen Vorträge auf ein bestimmtes Zeitmaass nach Uebereinkunft der Versammlung zu beschränken" zur Besprechung.

An der Discussion darüber betheiligen sich *Jehn*, *Laehr*, *Pelman*, *Mendel* und *Schwaab*. Der Antrag wird schliesslich dahin formulirt, dass für den Vortrag 20 Minuten und für den einzelnen Redner in der Discussion 5 Minuten angesetzt werden, und in dieser Fassung angenommen.

In Anbetracht der vorgeschrittenen Zeit ziehen auch *Schwaab* und *Gnauck* ihre Vorträge zurück.

Der Vorsitzende spricht nochmals den Dank aus an die Verwaltung des Senkenberg'schen Instituts und schliesst die Sitzung mit dem Wunsche einer freudigen Wiederbegegnung des Vereins im nächsten Jahre.

Als neue Mitglieder treten in den Verein ein [1]):

267. *Landerer*, Assistenzarzt der Irrenanstalt in Deggendorf.
268. *von Maudach*, Hospitalarzt in Schaffhausen.
269. *Rieger*, pract. Arzt in Würzburg.
270. *Runge*, Sanitätsrath u. dirig. Arzt der Wasserheilanstalt in Nassau.
271. *Schuchardt*, Assistenzarzt der Prov.-Irrenanstalt in Andernach.
272. *Schwaab*, 2. Arzt der Kreis-Irrenanstalt in Werneck.

---

[1]) vgl. Bd. XXI. Suppl. S. 66. XXII. 208. 450. XXIV. 720. XXV. 16. XXVI. 706. XXIX. 473. XXX. 578. XXXIII. 59. XXXIV. 108. XXXV. 520. XXXVI. 678. XXXVII. 572.

Literatur.

Luys, Traité clinique et pratique des maladies mentales. Paris 1881. 680 S. mit 10 Tafeln u. 27 Fig. im Text.

Wer nach manchen früheren Arbeiten von *Luys* in seinem Lehrbuch der Psychiatrie eine Vernachlässigung des Erfahrungsgemässen mit einseitigem Ueberwuchern theoretischer Betrachtungen befürchtet hat, wird durch die Lectüre des vorliegenden Werkes in vieler Beziehung angenehm enttäuscht werden. Zwar fehlt es darin nicht an kühnen Behauptungen und an gewagten, von dem thatsächlich Festgestellten nicht immer genügend gesonderten Hypothesen. Aber der überwiegende Eindruck ist doch ein günstiger; denn man findet eine Fülle richtiger, zu einem kleinen Theile auch neuer, Beobachtungen, eine einfache, den gerade in der Psychiatrie so gefährlichen, Schwulst verschmähende Darstellung, übersichtliche Anordnung des Gegenstandes, Vermeidung unnützer Abschweifungen, vielfach originelle Ideen, sowie endlich eine meist massvolle und besonnene Kritik, kurz eine Summe von Vorzügen, wie sie nur wenigen Lehrbüchern nachgerühmt werden können. Freilich fehlen auch die Schattenseiten keineswegs; auf sie wird naturgemäss in der folgenden Besprechung das Hauptgewicht gelegt werden müssen.

Das Buch beginnt mit einem (94 S. einnehmenden) Abschnitt über Anatomie, worüber der Verf. grossentheils auf Grund eigener, aus früheren Veröffentlichungen bekannter, Untersuchungen berichtet. Bekanntlich sind mehrere seiner Funde im Mittelhirn von *Forel*, *Roller* u. A. bestätigt worden; aber er geht doch wohl (S. 38) entschieden zu weit, wenn er in *Forel*'s bekanntem zweiten Aufsatze eine einfache Bestätigung seiner Darstellung findet, während dieser Autor sich doch gelegentlich sehr scharf über *L.*'s Untersuchungen geäussert hat. Es scheint mir hier nicht der Ort, auf die Einzelheiten der Faserung ausführlich einzugehen; es genüge zu betonen, dass *L.* in stark schematischer Weise und ohne die zahlreichen Lücken unseres Wissens genügend zu markiren, Verbindungen der Hirnrinde mit den Centren des Streifenhügels und Linsenkerns (entgegen den Angaben von *Henle* und *Wernicke*), des Sehhügels und der tieferen Hirntheile schildert. Seine Anschauungen kommen nach dem (auf S. 54 gegebenen) Resumé darauf hinaus, dass die Sinneseindrücke auf dem Umwege über den Sehhüge'

wo sie eine Umwandlung (in psych. Vorgänge?) erleiden, in die Rinde gelangen, dort auf die „psychomotorischen Regionen" einwirken und von da über den Streifenhügel und Linsenkern und die „noyaux sousoptiques" — rother Haubenkern mit der von *L.* zuerst bestimmt hervorgehobenen bandelette accessoire (die identisch ist mit *I. Stilling*'s nucl. amygdalif., *Forel*'s Corp. Luysii und *Henle*'s Cp. subthalam.), substant. nigra *Sömmering* und graue Substanz der Brücke und Oliven — in die Peripherie und an die Bewegungsorgane gelangen. Specieller sollen *L.*'s 4 Kerne des Sehhügels dem Geruchs-, Gesichts-, Gefühls- und Gehörssinn entsprechen, während das Centralgrau die „Visceralempfindungen" vermittelt (S. 34—36). Mit diesen Anschauungen stimmt des Verf. Ansicht über die Hallucinationen überein, die er in einseitiger Weise immer aus einer primären Störung des Sehhügels entstehen lässt.

Von sonstigen anatomischen Eigenthümlichkeiten möchte ich nur noch hervorheben, dass die Zahl der Rindenzellen (S. 3) auf „plusieurs milliers (von *Meynert* bekanntlich auf mindestens 612 Millionen) geschätzt ist — vielleicht ein Druckfehler? — der Nucleolus der Ausdruck einer optischen Täuschung, Querschnitt des *Deiters*'schen Fortsatzes, sein soll (S. 5), und alles Pigment der Zellen für abnorm angesehen wird (S. 4). Letzteres ist besonders in Hinblick auf die pathologische Anatomie von Bedeutung, ebenso wie der Umstand, dass der Verf. die Häufigkeit leichterer Asymmetrien im groben Bau beider Hemisphären nicht zu kennen scheint, sondern dieselben, einfach immer für etwas Pathologisches hält. Nur eine Asymmetrie hebt er als wichtig und normal hervor: das linksseitige Auftreten einer Parallelwindung hinter den beiden Centralwindungen (pariétale supplémentaire) (S. 67). Diese Windung soll sich rechts nur selten nachweisen lassen. Der Gehirnkreislauf ist nach *Duret*'s Untersuchungen beschrieben.

Im physiologischen Abschnitt werden nacheinander die „allgemeinen Eigenschaften" der nervösen Elemente (perception, émotivité oder automatisme, mémoire) (letztere unter der sonderbaren Bezeichnung der „phosphorescence organique"), dann die „dynamischen Manifestationen" derselben (Intelligenz und Willen), weiter die Vorgänge des Schlafes, dann in einem kurzen Capitel die „physico-chemischen" Erscheinungen der Hirnzellen (besonders die thermischen Untersuchungen von *Schiff*, *Broca* u. A.) und endlich die Doppelseitigkeit der Hirnfunctionen besprochen. Dass, auch abgesehen von den Mängeln dieser Eintheilung, bei der u. A. die Träume als „dynamische Manifestationen" ganz abseits vom Schlafe abgehandelt werden, hier manches Bedenkliche mit unterläuft, darf man bei der Schwierigkeit der Materie dem Verf. nicht zu sehr verübeln. Ich will mich auf wenige Punkte beschränken. Wenn (S. 105) die Einheit des Bewusstseins (unité sentante) als „fiction psychologique" bezeichnet wird, so dürften Viele wie ich geneigt sein, diese „Fiction" für eine der sichersten Erfahrungen zu halten. *L.*'s Ausführungen erklären sich aus einer Verwechselung der Be-

wusstseinserscheinungen mit den entsprechenden, im Gehirne sich abspielenden Vorgängen. Das Bewusstsein kann ja wohl ein Summationsphänomen sein, aber die Einheit desselben ist für das Individuum selbst eine unumstössliche Thatsache. Den Satz „l'aliéné cesse de percevoir ce qui se passe autour de lui“ kann man in dieser Form und Ausdehnung jedenfalls nicht zugeben. Ueberhaupt ist es wohl weniger die perceptive, wie es S. 144 heisst, als die apperceptive (geistig assimilirende) Thätigkeit, die bei den meisten Geisteskranken geschwächt ist. Gewiss ist der Grad der gemüthlichen Erregbarkeit etwas durchaus Automatisches, vom Willen Unabhängiges (S. 115); aber man darf doch nicht übersehen, dass Erziehung und Bildung auf Unterdrückung und Zügelung dieser Regungen oder wenigstens ihres Ausdrucks Hauptgewicht zu legen haben, und dass die Stärke des Willens sich nicht zuletzt durch Beherrschung der Affecte kundgiebt. Dies darf man bei der Verherrlichung der sog. „Gemüthsmenschen“, worin sich manche Irrenärzte und Psychologen gefallen, niemals übersehen. Andrerseits oder vielmehr gerade deswegen hat *L.* durchaus Recht mit seiner energischen Betonung der pathogenetischen Bedeutung der Gemüthsthätigkeit gegenüber der heutzutage vielfach üblichen einseitigen Berücksichtigung von „Vorstellungen“ und „Erinnerungsbildern“, wie sie zwar schon von *Herbarth* und *Schopenhauer* her bekannt ist, aber neuerdings namentlich auf Grund der *Munk*'schen Anschauungen hie und da in die Psychiatrie Eingang gefunden hat. Auf S. 150, wo der Vorgang des „Urtheilens“ auseinandergesetzt werden soll, vermisse ich trotz aller Subtilitäten eine klare Scheidung dieses Actes von der Vorstellung; allerdings werden diese durchaus verschiedenen Thätigkeiten sehr häufig vermengt. Aus der verschwommenen Definition des Willens (S. 160: l'acte volontaire en tant que manifestation extrinseque de la personnalité consciente entrainant la responsabilité, est un phénomène psychique dans son essence, et qui implique la participation de toutes les forces vives de l'individu) scheint mir nur das klar hervorzugehen, dass Verf. ganz mit Recht beim Willensact die sämmtlichen psychischen Kräfte betheiligt sein lässt. Beide Hirnhälften agiren nach *L.* ganz selbständig nebeneinander (S. 204ff.), wofür namentlich die Thätigkeit beider Hände beim Musiciren angeführt wird. Auch das Vorkommen lichter Intervalle soll hieraus erklärt werden, in welcher sonderbaren Anschauung *L.* übrigens schon einen Vorgänger in Wigan (duality of the mind etc. London 1844) gehabt hat. Der (*Sander*'schen) Erinnerungstäuschungen (Doppelwahrnehmungen *Jensen*'s) wird übrigens weder hier noch an einer anderen Stelle des Buches besonders gedacht.

Zahlreiche kurze aber treffende Bemerkungen enthält das Capitel der Aetiologie. Die kritische Zurückhaltung des Verf. über Erblichkeit und Degeneration, Irrenvermehrung und Civilisation, politische und religiöse Einflüsse u. a. m. ist durchaus zu billigen. Die von ihm übere
mit *Marcé* kurz angegebene Erblichkeitsziffer von $^9/_{10}$ aller
allerdings weit über das thatsächlich Festgestellte hinaus. Un

die Bedeutung der Kopfverletzungen (S. 270), die namentlich so häufig erst die Disposition zur Erkrankung schaffen. Ueberhaupt entspricht die Behandlung der Aetiologie insofern nicht den deutschen Gewohnheiten, als die einzelnen Ursachen nur kurze Erwähnung finden und die Art der folgenden Geisteskrankheit sehr wenig berücksichtigt wird. In dieser Beziehung hat der Verf. sich die z. Thl. gerade durch seinen Landsmann *Morel* angebahnten Fortschritte nicht zu Nutzen gemacht.

Aus der i. A. in den betretenen Pfaden sich haltenden Symptomatologie sei nur hervorgehoben, dass *L.* die an sich richtige Ansicht, dass viele Geisteskrankheiten dauernde, oft lebenslange und sogar vererbte, Vorgänge darstellen, in denen die einzelnen sog. Erkrankungen nur Episoden und Exacerbationen bilden, auf S. 310 denn doch gar zu sehr verallgemeinert. Man kann nicht von allen „psychopathies" sagen, dass „elles reprennent fatalement leur allure progressive". Es ist für die bürgerliche Existenz der Geisteskranken von Bedeutung, daran festzuhalten, dass es keineswegs so schlimm mit ihnen steht. Mit dieser pessimistischen Anschauung des Verf. hängt es wohl auch zusammen, dass der in Deutschland eingebürgerte und hier allerdings manchmal übertriebene prognostische Unterschied zwischen affectiven und intellectuellen Störungen bei *L.* so gut wie gar nicht hervortritt.

Am wenigsten sagt mir der Abschnitt über pathologische Anatomie zu. Jeder Irrenarzt der gewohnt ist, sich häufig bei mehr oder weniger vollständig negativen Sectionsbefunden zu resigniren, wird den regelmässigen Veränderungen, die *L.* in den Gehirnen seiner Todten fand, einiges Misstrauen entgegentragen. Dazu kommt die gerade hier, wo Alles auf Klarheit ankommt, wenig präcise, bilderreiche Sprache, das Fehlen genauer Angaben über die Untersuchungsmethoden, die Dunkelheit der allgemeinen pathologischen Vorstellungen. Wenn der Verf. z. B. (S. 342) „une sorte de gangrène histologique" der Ganglienzellen schildert, wobei sie braungelblich aussehen sollen und bei photographischer Abbildung das „Reticulum" der Zelle (ein an sich noch sehr zweifelhaftes Ding!) „apparaît sous un aspect noir et en quelque sorte desséché" und wenn er behauptet, dass diese Erscheinung der Zelle „signale d'emblée sa mise en nonactivité", so kann ich mir weder ein deutliches Bild von der Veränderung machen noch besonders begreifen, wie *L.* seine letzte Behauptung beweisen will. Ob schon andere Untersucher gesehen haben, wie (S. 346) „les corpuscules de la neuroglie se gonflent et par génération endogène donnent naissance soit à des éléments pyoides soit à des éléments corpusculaires qui deviennent rapidement granuleux" halte ich auch für zweifelhaft. Aehnliche Sätze wiederholen sich überall. Die Zellen vergrössern und verkleinern sich, ihre Zahl wird geringer u. ähnl., ohne dass man erfährt, wie denn diese so schwierig festzustellenden Veränderungen nachgewiesen worden sind. Dass manche richtige Einzelheiten sich auch hier finden, soll damit nicht bestritten werden; nur hat es der Verf. dem Leser fast unmöglich gemacht, aus der vielen Spreu den Weizen

heraus zu sondern. Wohl nur ein Druckfehler ist es, dass (S. 348) *Westphal* die „graue" Substanz des Rückenmarks immer bei der Paralyse betheiligt fand, wenigstens ist später (S. 537) richtig von den weissen Strängen die Rede. Jedoch werden auch an dieser Stelle häufige Blutungen in die graue Substanz erwähnt, von denen wenigstens ich bekenne, noch nie etwas gesehen oder gehört zu haben.

Aus der allgemeinen Therapie mag nur Erwähnung finden, dass *L.* ganz entgegen unseren deutschen Gepflogenheiten behufs Ueberführung der Kranken in die Anstalten ausdrücklich Täuschung derselben empfiehlt (S. 354) und dass er einem ausgedehnten Gebrauche von Zwangsmitteln huldigt (S. 375 ff.). Aus letzterem Umstande ist es wohl zu erklären, dass er den Irren einen besonderen Geruch zuschreibt (S. 299) und das Othämatom für eine dyscrasische Erscheinung hält (S. 581). Das No-Restraint kennt er augenscheinlich nur vom Hörensagen; es ist eine „conception sentimentale, dangereuse et irréalisable", die darin besteht, dass man die Kranken einsperrt und sie der Wärterbändigung überlässt. So kann wohl nur Jemand schreiben, der *Conolly*'s Berichte nie gelesen hat! Es ist leicht zu verwerfen und zu schmähen, was man nicht einmal die Mühe nimmt, genau kennen zu lernen.

Der nun folgende Classificationsversuch, in dem der Verf. sehr mit Unrecht das Hauptverdienst seines Buches sieht, hat nicht einmal den Reiz der Neuheit, sondern entspricht im Wesentlichen dem *Meynert*'schen Schema. Wie gewöhnlich müssen wieder die unvermeidlichen Gefässnerven herhalten und alle Geisteskrankheiten sich in das Zwangsbett der Hyperämien, Anämien und der Mischzustände von Beiden hineinfügen, während nebenbei die partielle Atrophien, Asymmetrien u. dgl. in mehr unregelmässiger Weise hereinspielen. Wenn *L.* unsere bessere Kenntniss von der Gehirnstructur gegenüber den Zeiten *Pinel*'s und *Esquirol*'s rühmt (S. 379), so lässt sich ja dagegen nichts einwenden, wenn er aber gleichseitig fragt: Que savait-on de leur (éléments nerveux) mode d'activité? de leurs énergies automatiques, de leur sensibilité propre? Que savait-on de leurs connexions intimes et de leur participation effective comme ouvrières inconscientes à toutes les phases de l'activité cérébrale? so antworte ich für meinen bescheidenen Theil, dass ich von allen diesen schönen Sachen auch jetzt noch gar nichts weiss. Nur wer Hypothesen für gleichbedeutend mit Kenntnissen hält, kann darüber anderer Meinung sein.

Aus der speciellen Pathologie, die i. A. an übermässigem Schematismus leidet, nur einige wenige Punkte. Bei den Hallucinationen fehlt u. A. ganz die ätiologische Bedeutung der Affecte. Die Eintheilung in ein erstes rein sensorisches und ein zweites psychisches Stadium ist nicht unzutreffend, lässt sich aber nur für einen Theil der Hallucinanten durchführen. Richtig betont ist die häufige Combination von Hallucination und Hypochondrie (Visceralhall. des Vf.); in Deutschland werden seit *Westphal*'s bekanntem Vortrage beide Vorgänge meist zu schematisch getrennt. Ebenso treffend

scheint mir die Hervorhebung der „stummen" Hallucinanten (die so häufig als Melancholiker gelten!), sowie der ihnen zukommenden i. A. ungünstige Prognose, doch schwebt die Hypothese, dass bei ihnen alle beide Hirnhälften betroffen seien, während bei den gesprächigen Hallucinanten nur eine derselben leide, vollständig in der Luft. Die Identification von illusionärem Irresein mit folie raisonnante passt nur für einen Theil der Fälle; das Buch seines Landsmannes *Bigot* (les périodes raisonnantes) hätte *L.* hier auf die richtige Fährte leiten können. Die raisonnirende Manie ist eben oft nur Episode des circulären oder periodischen Irreseins, der recidivirenden Manie, des Schwachsinns, der Paralyse u. s. f. Beachtenswerth ist die Eintheilung der Manien in emotive, intellectuelle, impulsive und allgemeine, doch fehlt sonderbarer Weise eine deutliche Erwähnung der Ideenflucht, die Rolle des Schwachsinns (z. B. bei der M. impulsive) ist hier wie überhaupt nicht genügend gewürdigt, und der Begriff der Manie ausserordentlich weit gefasst (110 unter 400 Kranken!). Die „Verdoppelung" und „Vervierfachung" der Muskelkräfte bei Maniakalischen (S. 456) ist hoffentlich nur ein missverständlicher Ausdruck. Die Häufigkeit eines raschen Ueberganges in acutes Delirium ist richtig erwähnt (S. 454), dass aber dabei Blutherde im Gehirn sich oft finden sollen (S. 455), scheint mir sehr zweifelhaft. Die Herabsetzung der gemüthlichen Erregbarkeit als den durchgehenden Zug der Melancholie hinzustellen (S. 467), heisst doch den Thatsachen in unzulässiger Weise Gewalt anthun. Dieser Fehler lässt sich aber aus der „anatomischen" Grundlage des Verf. (Gehirnanämie bei Mel.) leicht erklären; doch hätte sich *L.* wenigstens mit dem Begriff der „reizbaren Schwäche" helfen können, wenn ihm derselbe bekannt gewesen wäre. Die Selbstmordsneigung wird nur bei der Behandlung (S. 494) ganz kurz berührt. Anästhesien sollen angeblich bei Melancholikern häufig vorkommen (S. 485), was nach meiner Erfahrung durchaus nicht zutreffend ist. Auch dass beim Stupor alles „inconsciemment" geschehe, scheint mir ebensowenig richtig, wie dass derselbe immer ein „activer" Zustand sei. In letzter Beziehung stimmt *L.* beiläufig gesagt mit *Kieser* (Elem. d. Psych.) zusammen, bei dem er sich aber (aus dem Jahre 1855) schon richtige Ansichten über Irrengeruch, Othämatom und Zwangsbehandlung hätte holen können.

Sehr ausführlich wird (auf 100 S.) die Paralyse behandelt. Ihre anatomische Grundlage bildet die diffuse interstitielle Péri-méningo-encéphalite, woran Kleinhirn (S. 536) und Nerven (S. 537) oft Theil nehmen. Diese willkürliche Verallgemeinerung eines häufigen Paralysebefundes ist ja auch in Deutschland gang und gebe. Die erste Ursache bilden auch hier „vraisemblablement des troubles vasomoteurs, des spasmes persistants des canaux sanguins" (S. 541). Vermuthlich der anatomischen Theorie zu Liebe wird die Möglichkeit einer raschen Entstehung der Paralyse geläugnet (S. 553). Neu ist mir die Angabe, dass bei deprimirten Paralytikern eine Neigung zu Muskelsteifheit und zu Contracturen vorhanden sein soll (S. 576). Ein entschiedener Irrthum ist die (*De Crozant*'sche) Behauptung, dass Anästhesie

bei Paralytikern häufig sei (S. 579); vielmehr ist der Name Paralyse gerade in der Beziehung ganz correct, dass es sich fast immer um rein motorische Störungen handelt. Die Leichtigkeit, mit der die Paralytiker sich immer in den Anstaltsaufenthalt finden sollen (S. 593), kann man leider nicht für alle Fälle zugeben, sondern hat gerade mit diesen Kranken, besonders in den Anfangs- und Remissionsstadien, oft seine liebe Noth, um sie ohne Zwang in der Anstalt zu halten. Allerdings werden die Remissionen, die Aufregungen — ist doch Gewaltthätigkeit, Selbstmordsversuch u. Aehnl. nichts Seltenes bei Paralytikern — ja sogar die Anfälle bei *L.* so gut wie ganz übergangen. Bei der Differentialdiagnose vermisst man namentlich die oft genug recht schwierige Unterscheidung von den Herderkrankungen und besonders den Tumoren.

Der Rest des Buches (50 S.) ist dem Idiotismus gewidmet, worüber *L.* eine Reihe neuer anatomischer Détails vorbringt, allerdings auch hier ohne negative Befunde zu kennen oder zu berücksichtigen. Im Ganzen ist die Darstellung eine zutreffende; z. B. scheint es mir durchaus gerechtfertigt, wenn er die Masturbation mehr unter die Symptome als unter die Ursachen des Schwachsinnes rechnet (S. 643). Unter den in dem Buche gar nicht oder doch zu wenig berücksichtigten Dingen muss namentlich die Epilepsie hervorgehoben werden; der Alkoholismus wird einer späteren Bearbeitung vorbehalten.

Die Literatur ist, wie gelegentlich schon nachgewiesen, unvollständig, namentlich sind die deutschen Autoren häufig nicht genügend berücksichtigt. Die beigegebenen Mikrophotographien geben m. M. n. zu undeutliche Bilder, um Folgerungen daraus zu gestatten; die übrigen Figuren aber sind schematische, die nicht ohne Weiteres als anatomische Beweisstücke gelten können. Somit fordert *L.*'s Buch den Widerspruch in vieler Beziehung heraus; auch zeigt es nicht, wie der Verf. meint, der Forschung ganz neue Wege; aber namentlich da, wo es sich bescheidet, auf den gewohnten Pfaden zu wandeln, legt es Zeugniss ab von selbständiger und sorgfältiger Beobachtung und von einer nicht gewöhnlichen Fähigkeit, das Beobachtete zu verwerthen und in klarer Darstellung wiederzugeben.

Witkowski (Strassburg i. E.).

Ueber den wissenschaftlichen Standpunkt in der Psychiatrie. Ein Vortrag, gehalten in der 2. allgemeinen Sitzung der 53. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Danzig von Dr. *C. Wernicke*, Docent an der Universität in Berlin. — Cassel, 1880.

Der Verf. giebt im vorliegenden Vortrage zunächst eine Uebersicht der Lehre von der Localisation psychischer Functionen in den nervösen Centralorganen:

Die *Flourens*'sche Lehre von der psychischen Gleichwerthigkeit aller Theile des grossen Gehirns war schon vor den Experimenten von *Fritsch* und *Hitzig* erschüttert worden durch die klinisch gefundene Thatsache, dass die Läsion einer bestimmt lokalisirten Partie der Hirnrinde mit einem Verlust des Gedächtnisses für die psychische Operation der Wortbildung beim Sprechen verbunden ist, den man als Aphasie bezeichnet hat. — In der Folge hat *Meynert* durch seine Arbeiten dargethan, dass den Nervenzellen der Grosshirnrinde wesentlich nur die Bedeutung centraler Endstätten der empfindenden und bewegenden Nerven zukommt, von denen anzunehmen ist, dass sie bestimmte Hirnpartien mit bestimmten Organen des Körpers in Verbindung setzen — wobei die Function dieser Partien nur davon abhinge, von welchen Theilen der Körperperipherie die zugehörigen Nerven ausgehen; und zwar zerfällt, wie die Thatsachen der Anatomie sowohl, als die von *Fritsch* und *Hitzig* angestellten Versuche gelehrt haben, das ganze grosse Gehirn in zwei grosse Regionen, welche die Stätten der Wahrnehmung von Empfindungen einer- und der Auslösung von Bewegungsimpulsen andererseits darstellen.

Da aber die Signale, welche die von den Körperorganen ausgehenden Nerven an die zugehörigen Hirnpartien geben, erfahrungsgemäss nicht bloss von momentaner Dauer sind, vielmehr im Gedächtnisse zurückbleiben, so sei anzunehmen, dass derselbe Ort im Gehirn, an welchem ein Empfindungsnerv endigt, nicht nur zur Wahrnehmung dient, sondern auch zur Erinnerung an dieselbe; und dass ebenso die Hirnstellen, die mit bestimmten Muskelapparaten verbunden sind, zugleich die Erinnerungsbilder der Bewegungen, die „Bewegungsvorstellungen“ beherbergen. Diese Anschauungen haben ihre Bestätigung gefunden durch die Entdeckung eines von dem erwähnten sog. *Broca*'schen (psychomotorischen, Ref.) Centrum für die Wortbildung räumlich getrennten (psychosensorischen) Centrums für die Erinnerungen an die Bedeutung der (gehörten) Wortklänge.

Da nun „bestimmt gruppirte Erinnerungsbilder unsern ganzen geistigen Besitz, den ganzen Inhalt unseres Bewusstseins ausmachen“, so war durch die Analyse der Aphasie das Paradigma für alle geistigen Vorgänge von concretem Inhalt gegeben, bis es endlich *Munk* experimentell gelang, fast die ganze Hirnrinde bezüglich ihrer Zugehörigkeit zu der Musculatur und den Sinnesorganen zu bestimmen.

Der Verf. wendet sich nun zur Untersuchung der Aufgabe, die der theoretischen Psychiatrie aus diesen Thatsachen erwachse:

Dieselbe ist ein Zweig der Naturwissenschaft, berufen „nicht nur die Abweichungen vom gesunden Geistesleben zu beobachten und zu erklären, sondern auch aus diesen Abweichungen all' den Nutzen zu ziehen, welchen die Krankheiten für die Kenntniss der normalen Function eines Organs zu haben pflegen“. Da wir aber den Veränderungen der Psyche, welche das Wesen der Geisteskranken ausmachen, bisher „kein naturwissenschaftliches sondern höchstens ein philosophisches Verständniss entgegen bringen konnten“,

so ergiebt sich für uns die Nothwendigkeit „von physiologischen Grundlagen, die sich bieten, auch die Anwendung zu machen. Unsere Aufgabe wird darin bestehen, das Verhalten der Erinnerungsbilder bei den Geisteskranken durch Beobachtung festzustellen und zum Verständniss ihres Geisteszustandes zu verwerthen."

Verf. erläutert nun die Anwendung dieses Grundsatzes auf die Erklärung einzelner psychischer Krankheitsformen. — Er deutet u. A. die motorischen Störungen bei Dementia paralytica als Verlust der Bewegungsvorstellungen, den Grössenwahn als „Reizzustand im Gebiete derjenigen Erinnerungsbilder, welche die Persönlichkeit constituiren". Hypochondrische Zustände erzeugt ein die Erinnerungsbilder des eigenen Leibes betreffender Zerstörungsprocess. — Der primären Verrücktheit liegt nicht sowohl eine Vernichtung der körperlichen Substrate der Erinnerungsbilder, als vielmehr eine krankhafte Veränderung derselben zu Grunde. „Ist diese Veränderung rasch vor sich gegangen, und ist ein grosser Theil des geistigen Besitzes noch unversehrt, so sind die heftigsten Gemüthsbewegungen unausbleiblich und ebenso erklärlich, wie beim Gesunden, wenn er sich plötzlich in ganz fremde Situation versetzt sieht. Es ergiebt sich daraus der Gemüthszustand, den wir Rathlosigkeit nennen und „welcher für die meisten Fälle frischer acuter Seelenstörungen charakteristisch ist. Obwohl bei Weitem complicirter, als die so selten anzutreffende einfache traurige oder heitere Verstimmung der alten Schule, dürfte es doch von unserem Standpunkte aus die allerverständlichste und einfachste Form der Gemüthsbewegung sein. Die Rathlosigkeit ist die Gemüthslage, in welcher sich die meisten Geisteskranken, so lange sie noch heilbar sind, befinden."

Von einer weiteren Durchführung und Anwendung dieser Betrachtungsweise auf andere Theile der wissenschaftlichen Psychiatrie, sieht der Verfasser ab, sich nur auf einige Andeutungen beschränkend und thut schliesslich den Ausspruch: „Der speciellen Durchführung unserer Gesichtspunkte gehört zweifellos die Zukunft und zwar schon die nächste Zukunft der Psychiatrie."

Die der theoretischen Psychiatrie vom Verfasser präcisirte Aufgabe wird unserer Disciplin hier nicht zum ersten Male gestellt. — Seit man die Erscheinungen des Irreseins psychologisch analysirt, ist man über das causale Verhältniss zwischen Anomalien der Stimmung und denen des Vorstellens verschiedener Meinung gewesen. Schon früher hat es Richtungen gegeben — und zwar nicht nur in der forensischen, sondern auch in der klinischen Psychiatrie — welche nach Analogie einer alltäglichen psychologischen Erfahrung die Störungen des Vorstellens als die überall primäre und entscheidende Erscheinung des Irreseins ansahen und die Störungen auf motivem Gebiete einfach daraus folgen liessen. Auffassungen dieser Art waren vielfach durch die *Herbart*'sche Psychologie inspirirt oder beeinflusst — so auch die *Griesinger*'s, welcher unbewussten Vorstellungen die Entstehung

jener scheinbar spontan auftretenden Stimmungsanomalien zuschrieb, in denen er dann wieder die bedingende Ursache der (bewussten) Wahnideen erblickte [1]) — auf diesem Wege wiederum der Lehre französischer Autoren sich nähernd, welche die Stimmungsanomalie als den Boden bezeichnet hatten, auf welchem die fixen Ideen der Kranken wüchsen. Die so formulirte Lehre von dem causalen Verhältniss zwischen Stimmungsanomalie und Wahnidee, welche die erstere als die Grundlage und Bedingung der letzteren ansah, ward dann jenen früheren entgegengesetzten Richtungen gegenüber in Deutschland wenigstens — wie es scheint, wesentlich durch *Griesinger*'s Autorität — auf längere Zeit zur communis opinio autorum. Freilich nicht ohne Widerspruch zu erfahren. Vor Allem war es das späterhin auch von *Griesinger* anerkannte Vorkommen des primären spontanen Auftretens bewusster Wahnideen im sog. primären Wahnsinn, welches einen solchen veranlasste und rechtfertigte. — Indem sich der Verf. dem gegen die erwähnte Lehre gerichteten Widerspruche anschliesst, giebt er ihm eine von der bisherigen abweichende Ausdehnung und Motivirung. Diese letztere ist eine wesentlich anatomisch-physiologische. Sie geht von den neuesten Lehren über die Anatomie und Psychologie der Grosshirnrinde aus. — Es ist hier nicht der Ort, auf eine Kritik dieser Lehren einzugehen. Wir nehmen an, es sei der Beweis geliefert, dass die Nervenzellen der Hemisphären des grossen Gehirns lediglich die Bedeutung centraler Endstätten der empfindenden und bewegenden Nerven haben und betrachten die Versuche und Schlüsse *Munk*'s als absolut sicher und einwurfsfrei.

Wenn wir nun das Raisonnement des Herrn Verf.'s richtig verstehen, so ergiebt sich ihm aus dem Umstande, dass für eine bestimmte Gruppe psychischer Zustände der anatomische Ort im Hirn wirklich gefunden wurde, die Aufgabe, gerade diese Zustände und ihr Verhalten bei physisch Kranken zum Verständniss ihres Geisteszustandes zu verwerthen: wir sollen das Verhalten der übrigen Gruppen psychischer Zustände, deren anatomischer Ort uns zur Zeit nicht bekannt ist, auf jene zurückzuführen, aus ihnen zu erklären suchen. — Wir gestehen, dass wir diesem Schluss nicht recht zu folgen vermögen. Für die — keineswegs seltenen, sondern häufigen — Zustände objectloser Angst, für jene Stimmungsanomalien, welche adäquaten Gedankenkreisen voraufgehen, deren Kommen und Gehen von diesen Anomalien evidentermaassen abhängt, folgt für uns aus dem erwähnten Umstande lediglich Das, dass sie an einem anderen Orte des Gehirns zu Stande kommen, der, wenn wirklich die Hirnrinde lediglich die Bedeutung eines Complexes von Erinnerungsfeldern hat, eben ausserhalb derselben in einem anderen Hirntheile gelegen sein muss.

Diesen nächstliegenden Schluss hat der Verf. umgangen oder vielmehr von vornherein sich unmöglich gemacht durch die pag. 6 geäusserte Anschauung, dass für andere Mechanismen, als solche, die der Empfindung

[1]) Vgl. u. A. dessen Pathol. u. Ther. d. ps. Krankheiten. 2. Aufl. § 30.

und Bewegung dienten, der Bauplan des Gehirns keinen Raum biete. — Dem gegenüber ist festzuhalten, dass eine auch nur annähernde Gewissheit über diesen Punkt eine so umfassende und genaue Kenntniss des Gehirnbaues voraussetzen würden, wie sie bis jetzt Niemand — auch *Meynert* nicht — entfernt gegeben hat. — Ja der Verf. scheint sogar so weit zu gehen, nicht nur die physische, sondern auch die psychische Realität ganz specifischer Thätigkeiten des psychischen Organs zu läugnen, deren anatomische Localisation uns zur Zeit unbekannt ist, wenn er pag. 11 sagt, dass bestimmt gruppirte Erinnerungsbilder den ganzen Inhalt unseres Bewusstseins ausmachen. Wäre dem so, dann würden unseres Erachtens jene anderen psychischen Zustände überhaupt kein Object der Forschung und die Frage nach ihrem causalen Verhältniss zu den Vorstellungsthätigkeiten gegenstandslos sein. — Bei unserer so unsicheren und lückenhaften Kenntniss des psychischen Organs und der Bedeutung seiner Theile, sowie der pathologischen Vorgänge in demselben, kann die Entscheidung dieser für das klinische, wie für das forensische Gebiet der Psychiatrie so wichtigen Frage auf beiden Gebieten — im Allgemeinen wie im Einzelfalle — nur durch die aus der Beobachtung der psychischen Symptome geschöpfte Deutung ihres causalen Verhältnisses erfolgen. Der Verf. scheint derselben Ansicht zu sein, wenn er pag. 20 sagt: „es scheint mir überhaupt eine Frage von grosser Tragweite zu sein, die möglicher Weise durch die klinische Beobachtung zu entscheiden sein wird, ob nicht die meisten Gemüthsbewegungen der Geisteskranken in derselben Weise motivirt sind, wie bei den Gesunden!" Er hat diesen Weg der klinischen Beobachtung psychischer Symptome denn auch bei der von ihm gegebenen Analyse einzelner Krankheitsformen und -Fälle eingeschlagen [1]) und die auf demselben gewonnenen Resultate einfach in pathologische resp. pathologisch-anatomische Vorstellungen übersetzt, ob mit Glück — wenn er beispielsweise behauptet „der Reizzustand im Gebiete derjenigen Erinnerungsbilder, welche die Persönlichkeit constituiren, erzeugt den Grössenwahn" (pag. 15) — mag hier unerörtert bleiben [2]).

---

[1]) Auf eine Kritik derselben gehen wir nicht weiter ein; wir sind überzeugt, dass der Verf. damit keine Specimina der von ihm empfohlenen Betrachtungsweise klinischer Fälle hat geben wollen, dass dieselben besser beobachtet, als beschrieben sind, dass z. B. der Kranke, pag. 19, der den Wärter für seine Schwester hielt, wirklich die Erinnerungsbilder für männliche und weibliche Kleidung überhaupt verloren hatte und dass seine besondere Vorliebe für den Sessel nicht etwa in Illusionen oder in Wahnideen etc., sondern lediglich in der relativ geringeren Veränderung der betr. Erinnerungsbilder ihren Grund hatte u. dgl.

[2]) Der Verf. verarge uns die eine Bemerkung nicht, dass wir dem gegenüber nicht verstehen können, warum es einen fast tragischen Eindruck machen soll, wie *Griesinger* in seinem Lehrbuche „die physiologischen

Trotz dieser Bedenken und Einwände im Einzelnen sind auch wir mit dem Verf. der Meinung und hegen mit ihm die Hoffnung, dass der Einfluss der neuen Lehren über die Anatomie und Physiologie des Gehirns von wesentlich bestimmendem Einfluss auf die Forschungsweise der wissenschaftlichen Psychiatrie und von grossem Nutzen für deren weitere Ausgetaltung sein werde. Für die Erforschung der anatomischen Localisation der Krankheitsprocesse, die den psychischen Störungen zu Grunde liegen, gestatten die neuerworbenen Anschauungen in vielen — wenn auch nach dem Obigen nicht in allem — Fällen, eine limitirtere und deshalb fruchtbringendere Fragestellung, als diese zu einer Zeit möglich war, wo man über die aus allgemeinen Gründen postulirte Voraussetzung nicht hinausgekommen war, dass distincten psychischen Thätigkeiten auch distincte Orte ihres Zustandekommens im Gehirn entsprechen — eine Voraussetzung, die der mikroskopischen Durchsuchung kein kleineres Feld, als das ganze Hirn übrig liess. — Ja der erhoffte fördernde Einfluss dieser neuen Anschauungen wird unseres Erachtens selbst dann nicht fehlen und er wird auch der Physiologie des Gehirns mit zu Gute kommen, wenn die gegen dieselben noch zulässigen Einwürfe berechtigt sein sollten — es müsste denn die wissenschaftliche Psychiatrie ihrer wahren Aufgabe uneingedenk sein, die der Verf. einem beschränkten Specialistenthum gegenüber schön präcisirt hat, wenn er pag. 12 sagt: „sie hat nicht nur die Abweichungen vom gesunden Geistesleben zu beobachten und zu erklären, sondern auch aus diesen Abweichungen all' den Nutzen zu ziehen, welchen die Krankheiten, diese von der Natur angestellten Experimente, für die Erkenntniss der normalen Function eines Organs zu haben pflegen." — Vielleicht bezeichnen und beurtheilen wir den Grundgedanken des Verf.'s richtiger, wenn wir seine Meinung von der Aufgabe, die der wissenschaftlichen Psychiatrie aus den neuen Lehren erwächst, in dem soeben von uns angedeuteten Sinne verstehen. Trifft dies zu, dann hätten wir in seinen Auseinandersetzungen diesen Punkt gern klar ausgesprochen und betont gesehen.

Bei der verhältnissmässigen Dürftigkeit der Resultate, welche die psychiatrische Forschung zur Zeit aufzuweisen hat, ist eine rege Production von Vorschlägen und Methoden für dieselbe ebenso natürlich', als es die dagegen gerichteten Warnungen derer sind, deren Methodik solch' Relief um so nöthiger hat, je weniger sie sich durch ihre Früchte selbst als wahrhaft erspriesslich zu legitimiren im Stande war. Wir meinen, man habe bei dem gegenwärtigen Stande unserer Disciplin alle Ursache, jeden neuen Vorschlag zu ihrer Förderung willkommen zu heissen, der auch nur einen richtigen Keim zu enthalten scheint; die Geschichte aller Wissenschaft lehrt, dass daraus gar oft eine Fülle von Erkenntniss hervorwächst, durch welche die

---

Begriffe der Lähmung und Reizung auf die complicirtesten psychischen Vorgänge anzuwenden trachtet und in seinem Ringen nach physiologischen Handhaben oft Analogien erzwingt, wo keine vorhanden sind" (pag. 12).

etwa mit aufgetretenen Irrthümer alsbald von selbst corrigirt und eliminirt werden. — Aus diesem Grunde freuen wir uns auch der Anregung, welche der Hr. Verf. gegeben hat, trotz der mannigfachen Bedenken, die wir gegen die Motivirung wie gegen die Ausführung seines Vorschlags ausgesprochen haben. Die Consequenzen dieser Anregung und ihre Resultate für die Psychiatrie werden ergeben, wie weit unsere Hoffnung begründet ist, dass den Verf. hier ein ebenso glücklicher Blick geleitet haben möge, wie er ihn in der Frage nach dem anatomischen Sitze der Aphasia amnestica bereits bewährt hat. *Dittmar.*

Mendel, Die Manie, eine Monografie.

Nach kaum mehr als Jahresfrist beschenkte uns *Mendel* mit einer neuen Monographie, und auf Grund der Erfahrungen, die wir mit seiner „progressiven Paralyse“ gemacht, durften wir auch von der „Manie“ etwas Tüchtiges erwarten.

Das ist denn auch in der That der Fall, und wir finden hier dieselben Vorzüge wieder, Klarheit der Darstellung, ein synthetischer und logisch gegliederter Aufbau des Materials, und endlich der engste Anschluss an die klinische Beobachtung.

Nach *Mendel* ist die Manie eine functionelle Hirnkrankheit, die charakterisirt ist durch die krankhafte Beschleunigung des Ablaufs der Vorstellungen und der krankhaft gesteigerten Erregbarkeit der motorischen Hirncentren. Er trennt sie in die typische Manie und in Varietäten.

An der M. typica unterscheidet er das Initialstadium, das dem alten Stadium depressionis entspricht, das Stadium der Exalteration, des Furor und das Stad. decrementi. Doch verläuft die Krankheit fast in allen Fällen mit zahlreichen Schwankungen, abwechselnden Remissionen und Exacerbationen in allen Stadien und bei allen Formen. Geht sie in Heilung über, was bei ca. 80 % der Fall ist, so beträgt die Dauer im Mittel 5—7 Monate.

Neben dieser M. typica beschreibt er noch als besondere Varietäten:

I. In Bezug auf die Intensität der krankhaften Erscheinungen
  a. durch das Stehenbleiben der Krankheit auf einem geringen Grade der Entwicklung — Hypomanie;
  b. durch hochgradige Betheiligung der inneren Sinnescentren vom Beginn der Krankeit an, durch massenhafte Hallucinationen — Mania hallucinatoria;
  c. durch gleichzeitiges Auftreten schwerer körperlicher Affectionen neben den Erscheinungen der M. hallucinatoria — Mania gravis.

II. In Bezug auf den Verlauf der Krankheit durch die Mania [illegible]

Hypomanie nennt demnach *Mendel* die abortive Form, [illegible] auf einem geringen Grade des Stad. exaltationis stehen bleibt [illegible] furiosum fehlt.

Die meisten Fälle, die man seither unter der Bezeichnung des Delir. acutum zusammengefasst und beschrieben hat, gehören ganz heterogenen Processen an und müssen daher aus dem Begriffe der Manie ganz ausgeschieden werden. Immerhin aber bleiben einige wenige Fälle übrig, die hierher gehören, und für diese sehr seltenen Fälle behält *Mendel* die Bezeichnung Mania gravis bei.

Die periodische Manie ist eine chronische Gehirnerkrankung, deren Symptome zeitweise in einer maniakalischen Exaltation exacerbiren. Eigentlich freie Zwischenzeiten, die vielberufenen Lucida intervalla bestehen daher in Wirklichkeit nicht, da in der Zwischenzeit zwischen den Anfällen die Krankheit fortbesteht (pag. 128). „Die anfallsfreie Zeit ist keine Zeit psychischer Gesundheit." Die Entwicklung der periodischen Manie ist nur meist der Art, dass im Anfange auf bestimmte Veranlassungen hin Recidive der Manie auftreten, die später selbständig werden, indem ohne nachweisbare Einwirkung neuer ätiologischer Momente neue Anfälle folgen. Es ist daher eine Entscheidung, ob man es mit Anfällen von periodischer Manie oder mit einem Recidive zu thun hat, im Beginn der Krankheit schwer, wenn nicht unmöglich. Dagegen will *Mendel* von der Mania transitoria als einem selbständigen Krankheitsbilde nichts wissen, und das gleiche gilt von der chronischen Manie. Auch die Dipsomanie hält vor einer genauen Analyse nicht stand, und was man unter diesem Namen beschrieben hat, sind periodische Neurosen, periodisch auftretende körperliche Erkrankungen oder auch periodische Melancholien, zu deren Bekämpfung die Kranken Alkohol anwenden (pag. 112).

Im 3. Kap. behandelt er die specielle Symptomathologie und *Mendel* weist hier darauf hin, dass es eine Mania sine delirio nicht geben könne, da es zum Wesen der Krankheit gehöre, dass, wenn nicht im Gebiete der Sinneswahrnehmung, doch in der Association der Vorstellungen und in der Regel auch in dem Gefühl pathologische Vorgänge vorhanden sind, die der Kranke als krankhaft nicht oder nicht voll anerkennt (pag. 120). Die Manie erscheint als eine relativ seltene Erkrankung und ist nicht so häufig als die Melancholie.

Zu den verschiedenen Zahlen kann ich noch anführen, dass unter 2811 Fällen, die in den 4 rheinischen Anstalten bis Ende 1879 zur Behandlung kamen, 582 an Manie und 793 an Melancholie litten. Von den ersteren wurden 41 %, von den letzteren nur 30 % als genesen entlassen.

Am häufigsten kommt sie zum Ausbruch im Alter von 20—25 Jahren und sie ist selten im Alter über 40 Jahren.

Trotzdem sich für die Manie ein bestimmter pathognostischer Befund nicht nachweisen lässt, beansprucht *Mendel* dennoch eine eigene Krankheitsform für dieselbe, und zwar führt er dafür folgende Gründe an (pag. 171):

1. Das typische Bild einer Manie ist ebensowohl wie das einer Melancholie wohl charakterisirt. Bei dem circulären Irresein muss es sich um einen ganz anderen Grundprocess handeln, da hier

von vornherein Verlauf und Ausgang ganz anders angelegt sind als in der Melancholie der Manie.

2. Das verschiedene Vorkommen in verschiedenem Lebensalter, die Manie besonders im Alter von 20—25 Jahren, die Melancholie später.
3. Die grössere Heilbarkeit.
4. Die verschiedene Wirkung der Heilmittel, z. B. Opium bei der Melancholie günstig, ist bei der Manie meist ohne alle Wirkung und endlich
5. Die Gleichmässigkeit der Recidive, bei der Manie meist wieder eine Manie, bei der Melancholie eine Melancholie.

Recht gut und klar ist das (VIII.) Kapitel über die Diagnose.

Hier tritt uns die Verschiebung, die der Begriff der Manie gegen früher erfahren, am schärfsten entgegen. Früher nahm man als das Wesentliche der Manie den Affect an, der im Gegensatze zur Melancholie hier ein heiterer war. Diese Verschiedenheit der Gemüthsstimmung hat ihren Werth für die Unterscheidung beider primären Formen verloren. Dadurch ist diese Unterscheidung selber entschieden schwieriger geworden, und es bedarf schon eines scharfen Zusehens, um die tobsüchtigen Handlungen des Maniakalischen von der Unruhe und der Gewaltthätigkeit eines egitirten Melancholikers zu unterscheiden. Das Kapitel von der Behandlung ist kurz, und hätte in einer Monographie wohl etwas aufführlicher ausfallen dürfen.

Das Wenige was es enthält ist von der Erfahrung bestätigt, und bei dem, was *Mendel* von der gynäkologischen Behandlung und von ihren Bedenken gerade bei der Manie sagt, kann er der Zustimmung aller Fachgenossen gewiss sein. Gerade gewissen Bestrebungen der neuesten Zeit gegenüber kann dieser Standpunkt nicht oft und nicht entschieden genug betont werden.

Fassen wir somit unser Urtheil nochmals zusammen, so kann dasselbe kurz so lauten, dass der Versuch einer Monographie der Manie gelungen ist.

Dass aber seit *Esquirol* und dem Jahre 1818 eine ausführliche Arbeit über dieselbe nicht erschienen sei, wie *Mendel* behauptet, ist nicht ganz richtig. Dem sonst so literaturkundigen Verf. ist das Buch *Jacobi*'s ganz entgangen „Die Hauptformen der Seelenstörungen" Erster Band, Leipzig 1844, denn dass das 822 Seiten zählende Werk unter die ausführlicheren Arbeiten gerechnet werden muss, ist nicht zu bestreiten. *Pn.*

Scholz, F., Vorträge über Irrenpflege. Für Pfleger und Pflegerinnen. Bremen 1882.

Dass in der neuern Zeit bereits schon Andere, (so *Hecker E.*, Anleitung für Angehörige von Gemüths- und Nervenkranken. Berlin, Dümler.

Koch, Psychiatrische Winke für Laien; *Schröter, R.*, die Gemüthsleiden etc. Halle; *Pfeffer*) in ähnlicher Weise für allgemeine psychiatrische Kenntnisse zu wirken bemüht waren, kann dem Verf. sehr wohl entfallen sein, und es bedurfte in der That nicht des Hinweises auf den Mangel an dergleichen Schriften, um die Veröffentlichung seiner ebenso wohlgemeinten Vorträge zu rechtfertigen. Sie sind zweckmässig disponirt, praktisch hingestellt und man vermisst nichts Wesentliches darin. Vielleicht würde man hie und da Einiges kürzer gefasst sehen, wenn es dem Verf. nicht beliebt hätte, den Stoff in 15 Vorträgen auseinander zu legen. So hätte wohl das Psychologische über Stimmungen und Temperamente (S. 22), ferner über Ideen (S. 56) und der Krankheitsfall (S. 120 u. 121) für unsern Zweck knapper geschrieben sein können. Auch gegen die Bezeichnung der fortschreitenden Paralyse als wichtigste Complication des Irreseins (S. 85) müssen wir uns wenden. Die Citation des Bibelspruchs (S. 17): Ich will die Sünden Eurer Väter an Euch heimsuchen etc. hätte ich vermieden gewünscht, da für den Laien als Ursache des Irreseins gerade die Sünde nicht so sehr hervortreten darf. Ferner dürfte sich eine Ueberbürdung der Schuljugend als Ursache, wohl mehr auf falsche Erziehungs- und Lehrmethode reduciren lassen. Bei einer neuen Auflage des Buches würde es sich wohl empfehlen, schon bei Besprechung der Melancholie (S. 32) kurze Belehrungen gegenüber dem Selbstmordtriebe und Nahrungsverweigerung zu geben. Ferner bei Sinnestäuschungen (S. 49) den Laien vor den unzweckmässigen Versuchen des sog. Ausredens zu warnen und den psychiatrisch gebildeten Arzt heranzuziehen. Sodann musste die einseitige Anerkennung der offenen Heilanstalten (S. 109), gegenüber manchen Gefahren derselben für bestimmte Krankheitsformen (namentlich für solche in der Entwickelung begriffene), eine Einschränkung erfahren. Dankbar sind wir aber dem Verfasser für viele gute Winke für das Pflegepersonal, die schon mit dem Hinweis anfangen, dass es im Irren stets nur einen Kranken vor sich sehen soll, sodann in Hervorhebung des Selbstmordtriebes der Hypochonder u. s. w. Nicht am wenigsten auch dafür, dass er sich über beginnende psychische Störungen etwas mehr verbreitet hat, mit Anschluss über die Art der Ueberführung der Irren zur Anstalt. Ferner für die besonderen Regeln im Umgange mit Irren (S. 111) und solche in der speciellen Irrenpflege (S. 128) bestimmten Symptomen gegenüber. *Schr.*

Kleinere Mittheilungen.

Fürsorge für die Irren der Stadt Berlin.

Die Frage, wie weiterhin für eine entsprechende Unterbringung der der Armenpflege der Stadt Berlin anheimfallenden Irren zu sorgen sei, ist bereits wieder eine zeitgemässe geworden. Durch den im Jahre 1877 begonnenen und 1879 zu Ende geführten Neubau einer ersten, den Zeitforderungen entsprechenden Irren-Anstalt der Stadt Berlin, zu Dalldorf, war jene Frage noch nicht umfassend genug erledigt worden. Diese Anstalt war zwar für ca. 1000 Kranke (irre, irresieche und epileptische Kranke) eingerichtet, aber in richtiger Würdigung der muthmasslichen Inanspruchnahme, gemäss der auch anderwärts giltigen Procentverhältnisse der vorhandenen Irren zur Bevölkerungs-Zahl u. s. w., waren ca. 200 Irre-Kranke, bei Belegung der neuen Anstalt, (vom 6. Febr. 1880 ab) den Privat-Irrenanstalten weiter belassen worden. In der That befinden sich zur Zeit (Ende Dezbr. 1881) in der Irren-Anstalt zu Dalldorf ca. 1100 Kranke, während bereits wiederholte Evacuirungen nach Privat-Anstalten stattfinden mussten, so dass dieselben schon wieder ca. 375 städtische arme Irre beherbergen.

Eine stärkere Belegung der Irren-Anstalt Dalldorf mit mehr als ca. 1100 Irren ist besonders aus baulichen, hygieinischen und administrativen Rücksichten von der Hand zu weisen, zumal wenn die Behörden der Stadt die Qualität einer guten Irren-Anstalt für die I-A. Dalldorf aufrecht erhalten wollen, — wofür die massgebenden Kreise durchaus einzutreten geneigt sind.

Die Wirthschafts- und Arbeitsräume mussten bereits eine Erweiterung erfahren, über welche die räumlichen Verhältnisse nicht weiter hinauszugehen gestatten; (z. B. Aufstellung einer neuen Waschmaschine, zu Hilfenahme von Zimmern in den Krankenpavillons zu Arbeitszwecken u. s. w.), besonders nachdem die für 100 Idioten eingerichtete und seit Novemb. d. J. eröffnete Idioten-Anstalt, unmittelbar bei der Irren-Anstalt gelegen, von letzterer, resp. von der Koch- und Waschküche der letzteren mitversorgt wird. Der Director der Irren-Anstalt ist andererseits auch Director der Idioten-Anstalt. Abgesehen von der Mehrbelastung der Administration, welche eine noch stärkere Belegung der Irren-Anstalt bedingen würde,

liesse sich doch auch der Luftcubikraum für den einzelnen Kranken nicht weiter reduciren, ohne dass die bisher sehr günstigen hygieinischen Bedingungen für denselben verschlechtert würden. Dieser Umstand müsste aber selbst dem ästhetischen Unbehagen gegenüber, welches eine überfüllte Anstalt dem sachverständigen Besucher einer solchen jedesmal verursacht, ganz besonders schwer ins Gewicht fallen.

Wir hätten uns deshalb nach weiteren Unterkunftsmitteln, gegenüber der zunehmenden Irrenbevölkerung der Stadt umzusehen. Dahin würde die Familienpflege solcher Irren gehören, deren psychische Krankheit einer Heilung zwar nicht zugänglich war, die aber in der Anstalt so weit gebracht sind, dass sie in dazu geeigneten Familien, bei einiger Arbeitsleistung, für eine mässige Geldentschädigung weiter gepflegt werden können. Dieselbe lässt sich allerdings Hand in Hand mit der Armenverwaltung der Stadt Berlin noch etwas ausdehnen, aber bei Weitem nicht in dem Masse, um den Abschluss obiger Frage wesentlich vorwärts zu bringen.

Weiter früge es sich, ob die Privat-Anstalten die bereits städtische Irre aufgenommen haben, (Neu-Schöneberg, Charlottenburg, Pankow) in noch stärkerem Grade herangezogen werden können? Freilich wohl, doch nur in bedingter Weise. Denn diese Art der Unterbringung von städtischen Irren wird als eine den Anforderungen entsprechende, welche die Psychiatrie an die Fürsorge der Stadt Berlin zu stellen sich für berechtigt hält, nicht angesehen werden. Immerhin dürfte eine solche, aber aushilfsweise auch für die nächste Zeit, sich nicht von der Hand weisen lassen.

Dagegen wäre jetzt, da man sich gegen den Bau einer zweiten Anstalt, was das beste wäre, entschieden sträubt, eine coloniale Unterbringung der Irren der Stadt Berlin, vielleicht in ähnlicher Weise, wie die Irren der Prov. Sachsen (ausser in Nietleben bei Halle), seit Jahren auf dem Rittergute Alt-Scherbitz (bei Schkeuditz) untergebracht sind, ins Auge zu fassen. Ueber 1000 Morgen Land sollen dort ausschliesslich von Irren bewirthschaftet werden. Anfangs dieses Jahres waren 315 Irre dort in Verpflegung, während Aufnahmen bis zu einer Präsenszahl von 450 Irren ermöglicht werden sollen.

Die Stadt Berlin besitzt nun grosse Landcomplexe (hauptsächlich zu Berieselungszwecken), welche ein ausgiebiges Arbeitsfeld für Irre gewähren. Ein Punkt (nicht zu fern von Berlin), wäre für Errichtung dieser landwirthschaftlichen Irren-Anstalt ins Auge zu fassen. Für Aufnahme von 500—600 Irren müssten Einrichtungen geschaffen werden. Vorhandene Baulichkeiten, als Arbeiterhäuser, liessen sich mit geringen Umänderungen zu Wohnungen für irre Arbeiter benutzen: einfache Baulichkeiten zu Wohnungen für Irre wären ausserdem allmälig und entsprechend dem Zuwachse von Irren aufzuführen. Besondere Neubauten für Koch- und Waschküche, für Beamten-Wohnungen und endlich auch eine kleinere Irren-Anstalt für gewisse Krankheitsformen, könnten freilich nicht entbehrt werden.

Eine derartige landwirthschaftliche Irren-Anstalt für die Stadt Berlin jetzt einzurichten, dürfte eine billige, zeitgemässe und ohne grosse Schwierigkeiten ausführbare Art der Fürsorge für ihre armen Irren sein.

Die Einrichtung kostet nicht viel, weil die Stadt Berlin keine Ländereien zu erwerben braucht, sondern bereits mehrere Tausend Morgen in der Nähe besitzt, und weil manche dort befindliche Räumlichkeiten sich leicht zu genügend guten Wohnungen für irre Arbeiter herrichten lassen. Die Arbeit der Irren ferner ist billig, und es lassen sich auch die Irren der Stadt nach und nach (nach den erst kurzen Erfahrungen in Dalldorf) zu einem ausreichenden Antheile zur Feldwirthschaft heranziehen, wenn auch nicht die vom Rittergut Alt-Scherbitz gerühmten Resultate erwartet werden dürfen. Auch praktisch erscheint die Sache um so leichter ausführbar, wenn man sich vorstellt, dass ein grosser Theil der Irren (vielleicht alle), die dieser landwirthschaftlichen Anstalt zugehen sollen, erst in Dalldorf vorgeschult sein müssten. Auf diese Weise wären auch die nöthigen geübten Handwerker von dort leicht herbei zu schaffen.

Wenn Jemand vielleicht fragen sollte, warum nicht schon auf den Ländereien bei Dalldorf wenigstens eine landwirthschaftliche Colonie eingerichtet ist, da dort etwa 100 Morgen zur Bewirthung für Irre zu Gebote stehen? so wäre zu antworten, dass dort die Kranken von der Anstalt aus bisher bequem die nöthigen Arbeiten im nahe gelegenen Felde ausführen konnten, dass aber von einer besonderen Colonisation dieser auf dem kaum 1/4 Stunde entfernten und der Anstalt gehörigen Gute Dalldorf, bisher hauptsächlich deshalb Abstand genommen ist, weil dadurch keine wesentliche Entlastung der Anstalts-Bevölkerung erreicht und andrerseits die Ansprüche an den Director und an andere Beamte noch höher gesteigert worden wären. Das Land würde für 50—60 Colonisten zur Bebauung allerdings ausreichen, aber die Stadt muss wieder für Hunderte sorgen und Wohnräume schaffen, da bei einer Bevölkerung von 1,150,000 Einwohnern jetzt jährlich etwa 200 Irre mehr zu- als abgehen. Wollte man deshalb im directen Anschluss an die Irren-Anstalt Dalldorf grösseren landwirthschaftlichen Betrieb für Irre einrichten, so müssten grössere Landstrecken erst hinzugekauft werden. Aber solche sind gerade, was wir schon oben besprachen, in ausgedehntem Masse auf der anderen Seite der Stadt vorhanden. Da dieselben ferner keine besonderen finanziellen Resultate geliefert haben, erscheint auch nach dieser Richtung hin eine allmälige Einführung der irren Arbeiter, mit ihrer allerdings an sich weniger leistenden Arbeit in jene Ländereien, anstatt der bisherigen gesunden, immerhin des Versuches werth. *Schroeter.*

Geisteskrankheiten im österreichischen Militär. — Aus dem vor Kurzem erschienenen Militär-Statistischen Jahrbuche der österreichischen Armee für das Jahr 1877 entnehmen wir nachstehende Angaben über die vorgekommenen Geisteskrankheiten:

Zur Beobachtung kamen 81, und zwar 24 Offiziere, 10 Unteroffiziere und 47 Soldaten, nach Waffengattungen getrennt 43 Infanteristen, 7 Jäger, 11 Cavalleristen, 8 Artilleristen, je 4 von der Ingenieur- und Sanitätstruppe und 4 sonstige Heeresangehörige.

Nach Generalcommandos getrennt fällt die weitaus grösste Zahl mit 24 auf das Generalcommando Wien, demnächst folgt mit 9 Fällen das Generalcommando Lemberg.

Der Art nach kamen vor: 33 Fälle von Blödsinn, 18 von Melancholie, 2 von Heimweh, 3 von Verwirrtheit, 12 von Wahnsinn, 1 von religiöser Manie, 5 von Tobsucht, 1 von partiellem Irrsein, 4 von Verfolgungswahn und je 1 von Hypochondrie und Sinnestäuschung.

Als ätiologisches Moment finden wir angegeben, 2mal Typhus, 1mal Wechselfieberkachexie, 5mal Gehirnkrankheiten, 2mal Alkoholmissbrauch, 1mal übermässige geistige Anstrengung, 4mal Furcht, 14mal hereditäre Anlage und je 1mal gekränkter Ehrgeis, unglückliche Liebe und Sonnenstich, in 49 Fällen blieben die Ursachen der Geisteskrankheit unbekannt.

Dem Geburtslande nach betraf die meisten, 16 Ungarn, dann folgt Böhmen mit 15 und Galizien mit 11 Fällen, die übrigen vertheilen sich ziemlich gleichmässig auf die andern Landestheile.

Im 1. Dienstjahr standen 36, darunter 6 weniger als 1 Monat dienend, 16 zwischen 1 und 6 Monaten und 14 mehr als 6 Monate; im 2. Dienstjahre 5 und im 3. 7, länger als 3 Jahre dienten 33.

Dem Alter nach waren 5 im 20. Lebensjahre und jünger, 24 im 21., 12 im 22., 6 im 23., 7 im 24. bis 30.; 27 waren über 30 Jahre alt.

Auf je 1000 Mann des durchschnittlichen Verpflegungsstandes kamen 0,31; unter denselben befanden sich 30 % Offiziere, d. h. sechsmal mehr als dem Verhältnisse der Offiziere im Verpflegungsstande entsprechen würde; in der deutschen Armee kamen in dem entsprechenden Zeitraume, dem Rapportjahre 1877/78 auf 1000 Mann der durchschnittlichen Iststärke 0,26, die Offiziere nicht miteingerechnet. *C. Fröhlich.*

Aus Berlin. — Während 1881/82 die Zahl der täglich zu verpflegenden psychisch Kranken auf 1050 in der Anstalt und auf 350 in Privatanstalten gestiegen war, waren diese Ziffern Ende Sept. 1881 bereits auf 1114 resp. 346 gesteigert. Für 1882/83 wird die Mehrzunahme der Kranken auf 200 und die Tageskrankenzahl auf 1600 geschätzt.

Aus Wehnen. — Die projectirte Erweiterung der Irrenanstalt ist Ende November genehmigt. Nach Vollendung der Baulichkeiten im Sommer 1883 können 115 Kranke, 35 mehr als jetzt, aufgenommen werden.

In Schlesien — hat der Provinzial-Ausschuss beschlossen, eine 6. Provinzialirrenanstalt zu Rybnik zu errichten.

In Ostpreussen — hat der Provinzial-Ausschuss die Errichtung einer 2. Provinzialirrenanstalt berathen und beschlossen: 1) das Bedürfniss anzuerkennen; 2) die Gründung einer Irrenstation in Königsberg für Zwecke der Universität nicht zu befürworten; 3) die Verbindung einer festen Anstalt mit einer sich anschliessenden landwirthschaftlichen Colonie — wie sie in Allenberg schon besteht — zu empfehlen; 4) dazu ein Gut von 5—600 Morgen in der Nähe der Südbahn oder der Insterburger Bahn an einem fliessenden Gewässer in Aussicht zu nehmen; 5) den Plan für 600 Kranke nach Angaben des Director Dr. *Jensen* auszuführen; 6) die Auswahl eines Grundstückes dem Landesdirector *von Saucken*, Dr. *Dolle* und Dr. *Jensen* zu übertragen.

Das Asyl Waldheim der Irrenanstalt Rothenberg — seit 1872 der einzigen städtischen Irrenanstalt Russlands — ist am 23. August eingeweiht worden. Es ist bestimmt, die unheilbaren und zulässigen Kranken aufzunehmen. Dadurch ist die Anstalt eine relativ verbundene Heil- und Pflegeanstalt geworden, welche zu den in der Anstalt behandelten 112 Kranken noch 40 Pfleglinge hinzufügt. Der Director Dr. *Brutzer* setzte in einer Rede die Zweckmässigkeit dieses Unternehmens auseinander, durch welches es möglich wird, nunmehr auch die in Alexandershöhe untergebrachten Kranken in der eigenen Anstalt zu verpflegen. (Riga'sche Zeit. No. 194.)

Mord eines Irrenarztes durch einen Kranken. — Dr. *Gerard Marchant*, Director der Irrenanstalt Braqueville bei Toulouse, wurde von einem Kranken, einem pens. Hauptmann, der an Verfolgungswahn litt, beim Verlassen des Krankenzimmers durch einen Revolver in den Kopf geschossen und starb nach 3 Tagen. Der Thäter war einen Monat vorher in die Anstalt gebracht worden. Er scheint die Waffe in seiner Uniform an der Stelle zwischen Thorax und dem sehr prominirenden Abdomen verborgen gehabt zu haben. Der Verstorbene war 1813 geboren und noch Interne in Charenton unter *Esquirol* gewesen. Er leitete den Bau der Anstalt zu Braqueville und ward ihr Director.

Preisaufgaben für 1882.

Prix *Civrieux*. „Recherches sur l'ataxie locomotrice." 2000 fr.

Prix *Falret*. „Des vertiges sans délire." 1500 fr.

Die Arbeiten in französischer oder lateinischer Sprache sind einzusenden an die Académie de med. vor dem 1. Juli 1882.

Prix de l'acad. roy. de med. de Belgiques für 1881—1883. „Elucider par des faits cliniques et au besoin par des expériences, la pathogénie et la thérapeutique des maladies des centres nerveux et principalement de l'épilepsie." 8000 fr. Schluss bis Ende 1883. Preise von 300—1000 fr. können den Verf. der Arbeit verliehen werden, welche den Preis nicht errangen, aber der Belohnung werth waren.

Ausserdem können 25000 fr. dem verliehen werden, welcher einen wesentlichen Fortschritt in der Therapie der Nervencentren, z. B. in der Angabe eines Heilmittels der Epilepsie begründet.

Personal-Nachrichten.

Dr. *Arnold Pick*, Privatdocent an der Universität zu Prag, ist zum Director der Landesirrenanstalt Dobrzan in Böhmen,

Dr. *G. Neusser*, Docent an der Universität zu Krakau, ist zum Director der Gallizischen Irrenanstalt zu Kulparkow ernannt worden.

Dr. *Eicke*, dirig. Arzt des Krankenhauses zu Scheibe, hat als Besitzer und Director die Privatheilanstalt zu Pöpelwitz bei Breslau übernommen.

Dr. *Dittmar*, 2. Arzt der Prov.-Irrenanstalt zu Osnabrück, ist als 2. Arzt in die Prov.-Irrenanstalt zu Hildesheim,

Dr. *Jastrowitz*, Privatdocent in Berlin, gleichzeitig als Bezirksphysikus,

Dr. *Spamer*, Privatdocent in Giessen, als Physikus in Mainz,

Dr. *Grunwald*, Assistenzarzt des Allg. Krankenhauses in Potsdam, als 3. Arzt in die Prov.-Irrenanstalt in Eberswalde eingetreten.

Dr. *Carl Hergt*, Geh. Hofrath u. Director der Heil- u. Pflegeanstalt Illenau, hat unter dem 23. Juni 1881 den Charakter als Geheimrath 2. Cl.,

Dr. *Heinr. Schüle*, Medicinalrath u. 1. Hilfsarzt der Heil- u. Pflegeanstalt Illenau, den Charakter als Geheimer Hofrath,

Dr. *Tigges*, Med.-Rath u. Director der Irrenheilanstalt Sachsenberg den Charakter als Obermedicinalrath,

Dr. *Albr. Otto*, 2. Hilfsarzt der Heil- u. Pflegeanstalt zu Illenau, den Charakter als Medicinalrath,

Dr. *Mathias Heuser*, Director der Nassauischen Irrenanstalt zu Eichberg, den Charakter als Sanitätsrath erhalten.

Dr. *von Krafft-Ebing*, Prof. an der Universität Graz, und

Dr. *Brosius*, Director der Privatheilanstalt zu Sayn-Bendorf, sind zu Ehrenmitgliedern der Med. psych. assoc. zu London ernannt worden.

Dr. *Nasse*, Geh. Med.-Rath, Prof. u. Director der Prov.-Irrenanstalt zu Bonn, hat den Rothen Adlerorden 3. Cl. mit der Schleife,

Dr. *Leidesdorf*, Prof. der Universität Wien, das Ritterkreuz des Franz-Josephs-Ordens,

Dr. *Koch*, Director der Irrenanstalt zu Zwiefalten, das Ritterkreuz 2. Cl. des Ordens der Württemberg. Krone,

Dr. *Stark*, Director der vereinigten Irrenanstalten Stephansfeld-Hördt, und

Dr. *Meyer*, Geh. Sanitätsrath zu Eitorf, haben den Rothen Adlerorden 4. Cl. erhalten.

Dr. *Ferd. Runge*, Sanitätsrath u. dirig. Arzt der Wasserheilanstalt zu Nassau a. d. Lahn, ist 47 J. alt in Folge eines Schlagflusses am 12. Januar gestorben.

Bitte.

Es wird auf's Neue gebeten, alle mit unserer Zeitschrift im Tausch stehenden Journale, sowie alle literarische Novitäten, welche in dieser Zeitschrift zur Besprechung kommen sollen, direct an Prof. Dr. *W. Nasse*-Bonn zu senden. Red.

Anzeige.

Mit dem vorliegenden Hefte wird das Register vom VIII.—XXXVII. Bande gleichzeitig als letztes Heft ausgegeben. Der Literaturbericht für das 2. Semester 1881 wird demnächst als Supplementheft folgen. Schon vor seinem Erscheinen wird das 1. Heft des neuen Jahrganges 1882 veröffentlicht.

Red.



Verzeichniss der Mitarbeiter.

Redaction:

Dr. von Krafft-Ebing, Professor der Psychiatrie an der Universität Graz.
Dr. W. Nasse, Geh. Medicinalrath, Professor u. Director der Prov.-Irrenanstalt zu Bonn.
Dr. Schüle, Geh. Hofrath u. Arzt an d. Heil- und Pflegeanst. Illenau bei Achern (Baden).
Dr. H. Laehr, Geh. Sanit.-Rath und Dir. d. Asyls Schweizerhof bei Berlin.

Herausgeber und Mitarbeiter.

Herr Dr. van Andel, Dir. und Chefarzt der Heil- und Pflegeanstalt zu Zütphen.
- - Arndt, Prof. d. Psych. an der Univ. Greifswald.
- - Ast, Dir. der Heil-Anstalt bei Schussenried (Würtemberg).
- - Bartens, 2. Arzt der Prov.-Irrenanstalt in Bonn.
- - Berkhan, prakt. Arzt in Braunschweig.
- - Besser, Dir. d. Privat.-Irrenanstalt zu Pützchen bei Bonn.
- - Brosius, Director d. Priv.-Irrenanstalt zu Bendorf und Sayn bei Coblenz.
- - Brückner, San.-Rath u. Dir. d. Prov.-Irrenanstalt zu Creutzburg.
- - G. Burckhardt, 2. Arzt der Irrenanstalt Waldau (Schweiz).
- - Claus, 1. Hülfsarzt der Heilanstalt Sachsenberg.
- - Cramer, Prof. und Dir. d. Prov.-Irrenanstalt zu Marburg.
- - Delbrück, Geh. San.-Rath, Physikus und Arzt an der Strafanstalt zu Halle.
- - Dittmar, 2. Arzt der Prov.-Irrenanstalt zu Hildesheim.
- - Domrich, Hof- und Ober-Med.-Rath zu Meiningen.
- - Eichholt, 2. Arzt der Prov.-Irrenanstalt zu Merzig.
- - Emminghaus, Prof. an der Universität zu Dorpat.
- - Erhardt, Prof. d. gerichtl. Medicin zu Kiew (Russland).
- - Eschenburg, dir. Arzt an d. Irrenanstalt zu Lübeck.
- - Everts, emer. Dir. d. Irrenanst. zu Meerenberg jetzt in Arnheim.
- - Feith, pract. Arzt in Cöln.

Herr Dr. Fink, in Würzburg.
- - Finkelnburg, Geh. Med.-Rath u. Prof. in Godesberg bei Bonn.
- - Fischel, Professor und Director der Irrenanstalt zu Prag.
- - Fischer, 2. Arzt der Irrenanstalt zu Pforzheim.
- - Focke, pract. Arzt in Coblenz.
- - Fränkel, San.-Rath u. Dir. der Irrenanstalt zu Bernburg.
- - Frese, Staatsrath, Prof. a. d. Univ. u. Dir. d. Irrenanstalt zu Kasan.
- - Freusberg, Dir. der Prov.-Irrenanstalt in Saargemünd (Lothring.).
- - Fröhlich, Stabsarzt am Friedr.-Wilh.-Institut in Berlin.
- - Fürstner, Prof. u. Dir. d. psych. Klinik an der Univers. Heidelberg.
- - Gauster, San.-Rath u. Primararzt der Landesirrenanst. zu Wien.
- - v. Gellhorn, Dir. d. Irrenanst. zu Ueckermünde (Prov. Pommern).
- - van Geuns, Prof. d. Pathologie u. ger. Medicin zu Amsterdam.
- - Th. Günts, Dir. d. Priv.-Irrenanstalt Thonberg bei Leipzig.
- - A. Gutsch, Med.-Rath u. 1. Arzt d. Strafanstalten zu Bruchsal.
- - Hagen, Hofrath, Prof. an der Univ. u. Dir. der Irrenanstalt zu Erlangen.
- - Hasse, Med.-Rath u. Dir. d. Irrenanstalt zu Königslutter.
- - Hecker, Dir. d. Kuranstalt für Nervenleidende zu Johannisberg.
- - Henningsen, 2. Arzt an der Irrenanstalt zu Schleswig.
- - Hergt, Geh. Rath u. Dir. der Irrenanstalt Illenau (Baden).
- - Hertz, San.-Rath u. Dir. der Privat-Irrenanstalt zu Bonn.
- - Hoestermann, Dir. der Irrenanstalt Valduna (Tyrol).
- - H. Hoffmann, Geh. San.-Rath u. Dir. der Irrenanstalt zu Frankfurt a. M.
- - Ideler, San.-Rath u. Director der Irrenpflegeanstalt zu Dalldorf.
- - Jastrowitz, Privatdocent an der Univ. Berlin.
- - Jehn, Dir. der Irrenanstalt zu Merzig.
- - Jensen, Dir. der Ost.-Preuss. Prov.-Anstalt zu Allenberg.
- - W. Jessen, Med.-Rath u. Dir. d. Priv.-Irrenanst. Hornheim bei Kiel.
- - Jolly, Professor an d. Universität zu Strassburg.
- - Jung, San.-Rath, Director d. Irrenheilanst. zu Leubus (Schlesien).
- - Kahlbaum, Dir. d. Priv.-Heilanst. zu Görlitz.
- - Karrer, Arzt an der Kreis-Irrenanstalt zu Erlangen.
- - Kelp, Ober-Med.-Rath, zu Oldenburg.
- - Kiderle, Dir. d. Kreis-Irrenanst. zu Irsee (Bayern).
- - Kind, Dir. d. Idiotenanst. in Langenhagen bei Hannover.
- - Kirn, Docent der Psychiatrie an der Univ. zu Freiburg.
- - Knecht, dirig. Arzt der Strafanstalt Waldheim.
- - Knoch, prakt. Arzt in St. Petersburg.
- - Koch, Director der Landesirrenanstalt zu Zwiefalten (Würtemberg).
- - Köhler, Dir. der Landesanstalten zu Colditz (Sachsen).
- - Köllner, 2. Arzt der lothring. Irrenanstalt bei Saargemünd.

Herr Dr. Köstl, Prof., in Karpfenberg an der Oestreich. Südbahn.
- - Koster, San.-Rath, Dir. der Prov.-Irrenanstalt zu Marsberg.
- - Kowalewsky, Docent der Psych. u. Oberarzt des Hospitals zu Charkoff.
- - Krauss, Oberamtsarzt zu Tübingen.
- - Kroemer, 2. Arzt der Prov.-Irrenanstalt zu Halle.
- - Leidesdorf, Prof. an der Univ. u. Dir. d. Privatanst. zu Ober-Döbling bei Wien.
- - Lessing, Geh. Med.-Rath, Dir. der Heilanstalt Sonnenstein bei Pirna (Sachsen).
- - van der Lith, Prof. u. Arzt an d. Irrenanstalt zu Utrecht.
- - Löchner, Director der Heilanstalt Klingenmünster (Rheinpfalz).
- - Ed. Lorent, Gesundheitsrath zu Bremen.
- - G. Ludwig, Geh. Med.-Rath u. Dir. an d. Irrenanst. zu Heppenheim.
- - v. Ludwiger, Dir. der Prov.-Irrenanstalt zu Plagwitz.
- - Mäder, Geh. Med.-Rath u. Dir. d. Irrenanst. zu Roda (Altenburg).
- - Mendel, Privatdocent an d. Univ. Berlin.
- - Meschede, Docent der Psych. u. Director der städt. Krankenanstalt zu Königsberg i. Pr.
- - E. Meyer, San.-R. u. Dir. d. Irrenanst. Brake (Lippe-Detmold).
- - Fr. Meyer, Geh. San.-Rath zu Eitorf.
- - A. Meyer, pr. Arzt zu Isselburg.
- - O. Müller, Dir. d. Priv.-Heilanst. f. Nervenkr. zu Blankenburg am Harz.
- - Neuhof, em. Dir. d. Landesanst. zu Colditz (Sachsen), z. Z. in Dresden.
- - H. Neumann, Prof. an d. Univ. zu Breslau.
- - Nötel, Director der Prov.-Irrenanstalt zu Andernach.
- - F. Obernier, Professor an d. Univ. zu Bonn.
- - H. Obersteiner, Docent an der Universität zu Wien.
- - Oebeke, Dir. der Privatanstalt in Endenich.
- - Otto, Assistent der Heil- und Pflegeanstalt Illenau.
- - Pelman, San.-R. u. Dir. d. Prov.-Irrenanst. Grafenberg b. Düsseldorf.
- - Pfleger, Hausarzt an d. Siechen- u. Versorgungsanstalt zu Ybbs.
- - Ramaer, General-Inspector der Niederländischen Irrenanst. zu Grafenhaag.
- - Reich in Müllheim (Breisgau).
- - Reimer, Med.-Rath in Dresden.
- - Reissner, Ober-Med.-Rath in Darmstadt.
- - Reumont, Geh. San.-Rath in Aachen.
- - Rheiner, in St. Gallen.
- - Richarz, Geh. San.-Rath in Endenich bei Bonn.
- - Richter, Hilfsarzt an d. städt. Irrenanstalt zu Dalldorf.

Herr Dr. v. Rinecker, Geh. Hofrath u. Prof. an d. Univ. Würzburg.
- - Ripping, Dir. d. Irrenheilanst. zu Düren.
- - Roller, C., dirig. Arzt der Privatanstalt zu Kaiserswerth.
- - Roller, Landgesrichtsrath in Waldshut (Baden).
- - Roth, in Belgard.
- - Rothe, Staatsrath u. Dir. d. Irrenanst. zu Warschau.
- - Schäfer, 2. Arzt der Irrenanstalt zu Stephansfeld.
- - v. Schaeffer, Ober-Med.-Rath in Cannstadt.
- - Schlangenhausen, Privatdocent u. 1. Assistenzarzt der Irrenanst. Hall in Tyrol.
- - Schlager, Reg.-Rath, Prof. an d. Univ., Landesgerichtsarzt zu Wien, Dir. der niederöster.Landesirrenanstalt.
- - Scheltema, praktischer Arzt in Arnheim.
- - Schnirch, Dir. d. Landesirrenanst. zu Budapest.
- - Scholz, Dir. d. allgem. Krankenhauses zu Bremen.
- - Schröter, Oberarzt an der Irrenanstalt in Dalldorf.
- - Schuchardt, Hilfsarzt an der Prov.-Irrenanstalt zu Bonn.
- - Schupmann, San.-Rath u. dir. Arzt d. Siechenanstalt zu Gesecke (Westfalen).
- - O. Schwartz, Geh.-Med.-Rath zu Cöln.
- - Schwartzer, Reg.-Rath u. Dir. d. Priv.-Irrenanst. zu Ofen.
- - Sehrt, Dir. und 1. Arzt des Landeshospitals Hofheim (Hessen).
- - G. Seifert, prakt. Arzt zu Dresden.
- - H. Selmer, Dir. d. Irrenanst. zu Aarhuus (Dänemark).
- - Servaes, San.-Rath zu Cöln.
- - Siebert, Prof. u. Director der Irrenanstalt zu Jena.
- - Silomon, prakt. Arzt in Norden (Prov. Hannover).
- - Smoler, Director des Allgem. Krankenhauses zu Prag.
- - Snell, Geh. San.-Rath und Dir. d. Irrenanst. zu Hildesheim.
- - Spamer, Physikus zu Mainz.
- - Sondén, Reg.-Med.-Rath im San.-Colleg. zu Stockholm.
- - Stark, Dir. d. Irrenanst. Stephansfeld (Elsass).
- - Steinthal, Geh. San.-Rath in Berlin.
- - Stenger, Hilfsarzt der Privatanstalt in Pankow.
- - Tigges, Med.-Rath u. Dir. der Heilanst. Sachsenberg.
- - Tribolet, fr. Dir. d. Irrenanst. Waldau b. Bern.
- - Ullrich, Arzt an der Kreis-Irrenanstalt in Erlangen.
- - Urtel, Assistenzarzt der Prov.-Irrenanst. zu Halle.
- - Virchow, Geh. Med.-Rath, Prof. d. path. Anat. u. allg. Path. zu Berlin.
- - Vix, Geh. Med.-Rath in Metz.
- - Voppel, Med.-Rath, fr. Dir. d. Landesanst. zu Col Leipzig).
- - Walter, dir. Arzt an der Landes-Irrenanstalt in Mün

Herr Dr. Weiss, Privatdocent an der Universität Wien.
- - Wendt, Dir. d. Irrenanst. zu Schwetz (Westpreussen).
- - Wernicke, Privatdocent an der Universität zu Berlin.
- - Wiebecke, Med.-Rath an d. Kgl. Landdrostei zu Hildesheim.
- - Wiedemeister, Director der Privatanstalt zu Ballenstedt im Harz.
- - L. Wille, Prof. u. dir. Arzt der Irrenanst. zu Basel.
- - Witkowsky, Privatdocent an der Universität Strassburg.
- - Wolff, Dir. d. Privatanst. Lindenhof b. Coswig.
- - Zenker, Kreisphysicus in Schivelbein (Pommern).
- - Zillner, Prof. u. Primärarzt an d. Irrenanst. zu Salzburg.
- - Zinn, Geh. San.-Rath, Dir. u. Chefarzt d. Irrenanstalt zu Eberswalde.

Namen- und Sachregister

der

Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie,

VIII.—XXXVII. Band.

Einer unserer Mitarbeiter hat sich der mühsamen aber sehr verdienstlichen Arbeit unterzogen, den Lesern unserer Zeitschrift in vorliegendem Register einen Führer zu geben, den wir seit dem 7. Bande um so schmerzlicher vermisst haben, je mehr die Zahl der Bände wuchs und je mehr die Zahl derer, welche an dem wissenschaftlichen und practischen Aufbau unserer Disciplin Theil nahmen, sich mehr als verdoppelte, unsere Zeitschrift daher, räumlich beschränkt, dem Bedürfnisse nicht mehr genügen konnte. Die Uebersicht der Leistungen wurde dadurch erschwert, die Kenntniss der geschichtlichen Entwicklung getrübt und wir glauben daher, dass jeder Leser unserer Zeitschrift und Jeder, der sich über unsere Disciplin, deren Bedeutung nicht nur für Aerzte, sondern auch für Verwaltungs- und Gerichtsbeamte inzwischen klarer gestellt worden ist, unterrichten will, dem Verfasser für seine stille und doch fruchtbare Arbeit warmen Dank zollen wird. Ein leichter Ueberblick über die letzten 30 Jahre der Thätigkeit unserer Zeitschrift ist nunmehr durch ihn gesichert.

Die Red. hat schon einmal vor Jahren den Versuch zu einem neuen Register gemacht und sich mancher wackern Unterstützung erfreut, aber die Ungleichartigkeit der Ausführung hat das Begonnene nicht zu Ende führen lassen.

Die Verlagshandlung, immer bereit, die Wirksamkeit der Zeitschrift zu fördern, hat auch bei dieser Gelegenheit Opfer nicht gescheut und kostenlos das umfängliche Register den Abnehmern der Zeitschrift als ein besonderes Heft geliefert, wofür ihr an dieser Stelle gedankt sei.

Nur durch Vereinigung vieler Kräfte ist es daher möglich geworden, unserer Zeitschrift diese so wünschenswerthe Vervollständigung zu gewähren, ohne welche es schwer, ja zuweilen kaum möglich war, den einzelnen Mitarbeitern dieser vielen Bänden gerecht zu werden und künftige Arbeiten auf diesem Gebiete zu erleichtern und dadurch zu fördern.

Die Red.



Namen-Register.

A.

B.

C.

D.



E.

F.



G.

H.

J.

K.





L.

M.





N.



O.



R.

S.

T.

U.



V.

W.

Y.

Z.

Sach-Register.

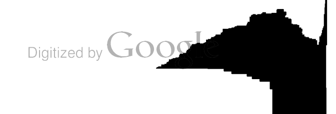
















Bericht

über die psychiatrische Literatur

im 2. Halbjahre 1881.

1. Psychologie. Referent: Spamer.

Em. Roth, Psychologie und Psychiatrie. — Berl. kl. Wochenschr. No. 51.

R. weist darauf hin, dass *Buckle*, in Anlehnung an die Schule von Montpellier, insbesondere an *Lordat* und *Vircy*, die Vererbung intellectueller wie moralischer und characterologischer Eigenschaften geleugnet habe und eine ursprüngliche Gleichheit des Geistes aller Menschen angenommen, dass er all die immensen Unterschiede nur aus der verschiedenen geistigen Atmosphäre zu erklären gesucht, in welcher die Menschen aufwachsen. *R.* hebt dem gegenüber die, heute allgemein anerkannte unendliche Verschiedenheit der geistigen Anlage hervor, die sich ebenso verhalte, wie die der Gestalten. Gewisse allen gemeinsame Eigenthümlichkeiten zeigen sich aber auch dort, nämlich gewisse typische, allen Menschen gemeinsame Denk- und Anschauungsformen. Hierhin gehören die Anschauungen der Zeit, des Raumes, des Dinges, der Ursache u. s. w. Ferner sind allen gemeinsam „die egoistischen und socialen Triebe".

Bezüglich der anatomischen Grundlage der neuropathischen Disposition bezieht sich *R.* auf *Arndt.* „Sind die Axencylinder nicht gehörig entwickelt, so werden sie entweder ihren Dienst früher versagen, oder die Erregung leicht auf ihre Umgebung übertragen. Mangelhafte Entwickelung der Markscheiden fand *Arndt* bei Personen, die im Leben durch nervöse Affectionen aller Art ausgezeichnet waren. — — Ungleichheiten im anatomischen Bau einzelner Rindentheile, Hemmung- und excessive Bildung einzelner Zellengruppen liegen nach *Arndt* den einseitigen Fähigkeiten zu Grunde."

Vorstellungen und Gefühle als solche werden nicht vererbt, sondern vererbt wird eine gewisse molekuläre Beschaffenheit, die zur Folge hat, dass auf gewisse Reize hin leichter specifische Bewegungen ausgelöst werden.

Seit *Thomas von Aquino* spielen in der Psychologie die unbewussten Vorstellungen eine grosse Rolle. *Benecke* sah sie sogar als das Ursprüngliche an, aus dem die bewussten Vorstellungen erst sich ableiteten. Dagegen leugneten *Locke*, *Spencer*, *St. Mill* dieselben wieder vollständig. *Brentano* liess sie nur in der Bedeutung von bewusst gewesenen aber wieder vergessenen Vorstellungen gelten, ebenso *Wundt.*

Nach *R.* muss zwischen primär Unbewusstem und secundär Unbewusstem unterschieden werden. Jenes „begleitet die reflectorischen, impulsiven und instinctiven Vorgänge", dieses war einmal bewusst, „sei es in demselben Individuum, wie alles in der Jugend Erlernte, das später zu blossen Mechanismen herabsinkt, oder in der vorangegangenen Organismenreihe bewusst war und durch Vererbung von Generation zu Generation bis zur Unbewusstheit verdichtet wurde".

Die Frage, ob bestimmte Temperamente mit bestimmten Formen der Seelenstörung in Beziehung ständen? verneint *R.*, indem er zufügt, dass „ausgesprochene Temperamente schon an und für sich dem pathologischen Gebiete der psychischen Erscheinungen angehören". — „Das Allmälige dieser Uebergänge und die unsichere Umgrenzung des in jedem Fall möglichen Metamorphosenkreises war für uns einer der Gründe, den Angaben über die procentige Häufigkeit erblicher Krankheiten nur einen sehr geringen Werth beizumessen."

„Die Literatur liefert in einzelnen Fällen ausreichendes Material dafür, dass phantasiebegabte Menschen ganz besonders für geistige Erkrankung disponirt sind." Selbstdenken und Selbstschaffen in den Wissenschaften erfordern ebensoviel Phantasie, wie künstlerische Erzeugnisse; schon *Herbart* hat dieserhalb die Frage offen gelassen, ob die Phantasie *Shakspeare's* oder *Newton's* entwickelter gewesen sei.

Viele Fälle von Melancholie will Verf. bezüglich ihrer Entstehung so auffassen, dass die „leisen normalen Mithallucinationen der Sinne, die das Wesen der Phantasie ausmachen, allmälig mehr und mehr erlöschen und vollständige Gefühlsleere und dadurch veranlasste unsägliche Angst die Folge sei".

Hypnotismus.

A. Motet, Accès de somnambulisme spontané et provoqué. — Vortrag, geh. in der soc. méd.-psych. vom 31. Jan. — Annal. méd. psych., Mai.

M. berichtet über folgenden Fall: Am 18. Oct. 1880 Abends wurde von 2 Polizisten ein 28jähriger Mann verhaftet, welcher über $^1/_2$ Stunde in einem Strassen-Pissoir verweilt hatte, dort sich unanständig benommen und schliesslich einem der Polizisten päderastische Vorschläge gemacht haben sollte. Nach 3 Tagen wurde er verurtheilt. Er kam krank im Gefängnisse an und wurde hier in das Lazareth gelegt. Bei der Verhaftung hatte er seine Unschuld versichert. Von da ab bis zu seiner Ankunft auf der Krankenabtheilung des Gefängnisses hatte er sich in einem Zustande von halbem Stumpfsinn (demi-hébétude) befunden. Er wusste unmittelbar nach seiner Verurtheilung nichts von ihr. Von dem Untersuchungs-Gefängniss

aus hatte er Niemanden benachrichtigt, Niemand hatte ihm beigestanden. Während der Zeit war er von seinem Principale, einem seiner Arbeiter und einem Vetter überall vergeblich gesucht worden, auch auf der Morgue. Erst nach 5 Tagen schrieb er an den Erstgenannten.

Die Vorgeschichte des Verurtheilten war die: Seine Mutter und eine Schwester sind hysterisch, sein Vater ist als lebhaft, leicht aufbrausend bekannt. Hirnkrankheiten im engeren Sinn und Krämpfe sind in der Familie nicht constatirt. — Während seines Militärdienstes hat der Verurtheilte ausschweifend gelebt. Im Jahre 1877 wurde er (noch Soldat) während eines Mittagessens (ohne betrunken zu sein) plötzlich unwohl, stürzte zusammen, so dass man ihn für todt hielt. Langsam kam er wieder zu sich. Zunächst hörte er wieder, konnte aber die Proteste gegen das Gehörte, die er auf der Zunge hatte, nicht aussprechen. An demselben Tage hatte er noch 3 ähnliche Anfälle. Er blieb 6 Wochen im Spital, zeigte hier anfangs täglich, dann jeden zweiten Tag, weiterhin noch seltener, Anfälle der gleichen Art. — Nach 3 Monaten verliess er den Militärdienst definitiv. Ein Jahr später trat er in den Eisenbahndienst ein, wurde hier bald bebeliebt und schien glücklich. Als er eines Tages zu Besuch in Paris war, bekam er auf der Strasse wieder plötzlich einen Anfall. Er blieb darauf erst 20 Tage in einem Gasthofe liegen, dann (April 1879) kam er in's Hospital zu Dr. *Mesnet*. Er zeigte hier nichtperiodische Anfälle von Somnambulismus. „Während derselben war er dem Einfluss eines fremden Willens sehr zugänglich, gehorchte, ohne Widerstandsmöglichkeit, den Befehlen und handelte, ohne davon Bewusstsein oder spätere Erinnerung daran zu haben, auf eine automatische Weise, theils gemäss seinen Gedanken während des Wachens, theils gemäss den ihm eingegebenen Ideen. Ganz im Anfang waren diese Anfälle ausschliesslich spontane, später konnten sie leicht künstlich gesetzt werden. Beide Zustände waren von derselben Natur. Sie waren in allen Punkten analog den gleichen Erscheinungen, welche sich bei den hysterischen Frauen in hohem Grade zeigen. Sie verbanden sich mit Ekstase und Katalepsie. Während ihrer ganzen Dauer bestand vollständige Anästhesie."

Die künstliche Versetzung des Patienten aus dem „ersten Zustande" (dem normalen) in den „zweiten Zustand" geschah immer nur durch kurzes Fixiren („quelques instants") Seitens des Experimentators.

Der Patient war anämisch. Er hatte starke Blutverluste, und zwar auf doppeltem Wege. Einmal hatte er nach unten und aussen von der linken Brustwarze eine ausserordentlich leicht blutende Geschwulst, dann litt er an Hämoptoë, die wohl monatelang ausblieb, dann aber wieder mit solcher Heftigkeit aufzutreten pflegte, dass Patient ohnmächtig ward. Im October 1880 war letztere wieder dagewesen. Patient war schwach, seine Nächte wurden schlecht, er bekam wieder Anfälle von Somnambulismus; selbst während des Tages zeigte er „des absences". Am 18. Oct. spie er beinahe eine „cuvette" voll Blut und wurde darauf ohnmächtig. Der gerufene Arzt con-

statirte einen Zustand von Schwäche und Stumpfsinn, welcher ihm die Selbstbestimmung (libre arbitre) raubte. Während des Tages dauerte das Blutspeien fort. Am Abende lieh er sich, um nicht nach seiner Stube hinaufgehen zu müssen, Geld für die Apotheke und ging, sich Liq. ferri-Arznei zu holen. Im Augenblick seiner Verhaftung fand man 2 blutige Taschentücher bei ihm. Sein Weg hatte ihn an jenem Pissoir vorbeigeführt, er war in es eingetreten und hatte mit dem herabfliessenden Spülwasser sein Taschentuch benetzt und seinen blutigen Schnurrbart abgewischt. Von allem Weiterem weiss er nichts mehr.

Die Sache kam zur Verhandlung vor das Appell-Gericht und Dr. *Mesnet*, der den Kranken früher gesehen hatte, amtirte hier als Sachverständiger.

Er schilderte den Angeklagten zunächst als enorm leicht erregbar, als furchtsam, weibisch in seinem Charakter. Gegen seine Moralität habe er dagegen während seines ganzen Spital-Aufenthaltes nicht den mindesten Verdacht erweckt.

Das Obenstehende ist den weiteren Auseinandersetzungen des Gutachtens entnommen. Es kommt zum Schlusse, dass ein Mensch, der von einem Arzte, seinem Principale u. A. an jenem Abende, nach sehr starkem Blutverluste, in einem Zustand hoher Erschöpfung gesehen worden war, dass der nicht damals $^1/_2$ Stunde lang habe onaniren und schliesslich päderastische Gedanken fassen können. Dagegen fänden seine sonderbare Haltung und sein langer Aufenthalt im Pissoir eine ungezwungene Erklärung in den erörterten pathologischen Thatsachen.

Bei der Gerichtsverhandlung schienen die Richter nicht vollständig überzeugt. Es wurde ihnen schwer, an solche sonderbare Zustände überhaupt zu glauben, denen doch „*Lasègue*, *Charcot*, *Vulpian*" längst Bürgerrecht in der Pathologie erworben haben. *M.* erbot sich deshalb, den Zustand sofort an dem Beschuldigten zu zeigen. Der Gerichtshof nahm dies an. Er zog sich in ein Nebenzimmer zurück. Der Beschuldigte blieb zunächst draussen, kam dann auf *M.*'s Ruf herein. Auf dessen Aufforderung zog er sich aus, auf seine Frage, was er im Pissoir gethan habe, machte er wiederholt die Pantomime des Mundabwischens. Nachdem er (durch Anblasen) erweckt worden war, wollte er nicht glauben, dass er sich entkleidet hatte. — Nun fixirte ihn Dr. *Mesnet* (in dessen Abtheilung er früher gelegen hatte). Von dem Augenblicke an kannte er nur Letzteren (wie vorher nur den Dr. *Motet*). Dr. *Mesnet* liess ihn nun schreiben. Während des Schreibens wurde vollständige Anästhesie constatirt.

Der Gerichtshof verkündete hierauf Freisprechung.

In der an diesen Vortrag sich schliessenden Discussion erwähnte *Lasègue*, dass er eben einen ähnlichen Fall in Behandlung habe. Er betreffe eine 24jährige hochgradig hysterische Frau, welche öfter hysterischen Globus, Erstickungsanfälle, Aufregungszustände, Ohnmachten etc. zeige und ausserdem eben täglich, mitunter sogar einigemal des Tages, in Somnambulismus verfalle. In diesem Zustande thue sie meist nichts Auffälliges, sondern



aber auch höchst Sonderbares, so dass man doch ein Buch mit den bizarresten Geschichten von ihr füllen könnte. Man kann sie während des Schlafes über alles Mögliche sprechen machen. Nach dem Erwachen hat sie nie die geringste Erinnerung an das Gesprochene oder Gethane, dagegen erinnert sie sich wieder genau daran im nächsten Anfalle. — Eines Nachts hörte sie während eines solchen Zustandes an die Hausthür klopfen. Sie brachte dies in Verbindung mit der Idee einer Person, die sie erwartete, zog schnell ihr weisses Hauskleid an, öffnete und sah sich einer unbekannten englischen Familie gegenüber. Eilig entfloh sie wieder. Die Fremden glaubten, einen Geist gesehen zu haben und im Hause zerbrach man sich am anderen Tage den Kopf darüber, wer wohl in der Nacht das Thor geöffnet haben möchte. Viele Gläubige waren überzeugt, dass es der Teufel gewesen sei. Erst in einem neuen Anfall erzählte die Patientin auf Befragen den Hergang. — In einer anderen Nacht schrieb sie 12 Briefe. In allen war Sinn, aber die Schrift war eigenthümlich. Während sie nämlich im Ganzen recht deutlich war, wurde sie an einzelnen Stellen fast unleserlich. Im wachen Zustande wusste die Patientin dafür keine Erklärung, in der nächsten Somnambulanz aber gab sie dieselbe: Sie hatte im Mondlichte geschrieben und der Mond war zeitweise durch Wolken verdeckt gewesen.

Lolliot glaubt, dass man 2 Erscheinungen des Zustandes besonders betonen müsse, nämlich 1) die vollkommene Erinnerungslosigkeit während des Wachens. Nach *Lelut* sei diese Erscheinung freilich nicht ganz constant, aber er (*Lolliot*) habe sie in all seinen Beobachtungen gefunden und sie sei auch von Anderen fast immer angegeben. 2) Sei charakteristisch die vollkommene Rückkehr der Erinnerung im folgenden Anfalle. *L.* glaubt sogar bestimmt, dass, wenn der Kranke *Motet*'s im Somnambulismus vor den Richtern nichts von Dem wiederholt habe, dessen er beschuldigt worden war, dass er dann auch früher nichts davon gethan habe, dass die Polizisten sich geirrt hätten.

Man müsse bei einem jeden Angeklagten, dessen Thun auffällig erscheine, der ein gutes Vorleben aufzuweisen habe, an die Möglichkeit des Somnambulismus denken und eine längere ärztliche Beobachtung desselben verlangen.

Dr. *Mesnet* wies noch darauf hin, dass eine wesentliche Verschiedenheit zwischen dem natürlich entstandenen und dem künstlich gesetzten Zustande bestehe. Im ersteren handele das Individuum nur nach inneren Antrieben (seines Hirns), im letzteren handele es unter dem Einflusse der Person, welche den Schlaf gesetzt habe.

Ferner bemerkt er, dass die Zustände mit spontanem Somnambulismus, trotz zahlreicher Verschiedenheiten, doch immer folgende Merkmale trügen: 1) kehrten die Anfälle regelmässig wieder [1]), 2) fehle nach dem Erwachen

[1]) In Dr. *Motet*'s Gutachten ist die Nichtperiodicität der Anfälle seines Kranken während dessen Aufenthalts auf der Krankenabtheilung des Dr. *Mesnet* angegeben. (Ref.)



die Erinnerung immer vollständig. — Endlich erinnert er daran, dass im spontanen Anfalle öfter instinctive Triebe entstünden, die dem Individuum vorher fremd gewesen seien, z. B. der Trieb zum Stehlen, zum Selbstmord, zum Mord etc. Redner habe einige solcher Fälle gesehen, die ebenso interessant für die Psychologie wie für die gerichtliche Medicin seien.

Vibert, Ch., De L'Hypnotisme, Au point de vue médico-légal. — Annal. d'Hyg. publ. et de Méd. lég., Nov.

V., dessen Studium der deutschen Literatur (und der Schriften *Braid's*) über den Gegenstand sich auf die Durchsicht der *Schmidt*'schen Jahrbücher beschränkt zu haben scheint, beginnt seinen Aufsatz mit der Behauptung, dass in Deutschland die auffälligen Thatsachen, welche — gelegentlich der *Hansen*'schen Vorstellungen — in den Journalen gebracht worden seien, von den deutschen Aerzten „ohne sehr viel Reserve geglaubt (acceptés) zu sein schienen". Er fährt fort: „In Frankreich stellt sich der Hypnotismus im Allgemeinen unter einer weniger merkwürdigen Form vor und selbst seine Verbreitung im Volke (sa vulgarisation) ist mehr wissenschaftlich."

Nach dieser ehrenvollen Einleitung kommt *V.* auf den vorstehend berichteten Fall (Dr. *Motet*'s) zu sprechen. Neues darüber bringt er zunächst nicht vor, ausser der Bemerkung, dass nach seiner Meinung solche Demonstration vor Gericht hier wohl zum erstenmale stattgefunden habe.

Dagegen hat er offenbar neu entdeckt den Satz, dass vor Gericht die Schwierigkeit nicht darin liege, zu entscheiden, ob die betreffende Person überhaupt hypnotisirbar sei, sondern in der Ermittelung der Thatsache, ob sie in dem Augenblick hypnotisirt gewesen sei, wo die That von ihr oder an ihr begangen wurde.

Prof. *Brouardel* habe kürzlich, im Beisein von *V.*, ein junges Mädchen untersucht, an dem von Seiten des Principals ein Nothzuchtversuch begangen sein sollte. Seinen Eltern habe es nach jenem Versuche gar nichts von der Sache erzählt, aber während der folgenden Nächte habe es die Angriffsscene immer wiederholt, d. h. die damals gesprochenen Worte laut wiedergegeben und dabei Abwehrbewegungen gemacht. Nachdem ihm dann seine Eltern all dies im wachen Zustande wiedererzählt, habe es auch bei Bewusstsein Alles wiederholt und die Schilderung noch vervollständigt durch Erzählung vorausgegangener „Neckereien" Seitens jenes Mannes.

Worte und Mimik in einem Anfalle könnten sich auch auf blos eingebildete Thatsachen beziehen. Die betr. Scenen können möglicherweise in einem früheren Anfalle nur eingegeben gewesen sein (suggérées).

Die gerichtliche Expertise werde immer die Art des Hypnotismus beim betr. Individuum zu untersuchen haben und zu prüfen, ob der Gegenstand der Beschuldigung mit ihr übereinstimme.

Ein amerikanischer Arzt habe kürzlich einen Hypnotisirten einen

Schein (chèque) unterschreiben lassen. Gewissenlose Leute könnten solchen Gehorsam ausbeuten.

Zuletzt erwähnt *V.* die Forderungen *Friedberg*'s: 1) dass Niemand gegen seinen Willen hypnotisirt werden dürfe und 2) dass auch dann immer ein verantwortlicher Arzt dabei sein müsse. *V.* hält solcherlei gesetzliche Specialvorschriften für willkürliche und nutzlose Maassregeln, welche man in Frankreich entbehren könne, weil man dort im Gesetzbuche genügende Waffen auch gegen bei solcher Gelegenheit verübte Verbrechen besitze.

Charcot und *Paul Richer*, Contribution à l'étude de l'Hypnotisme chez les Hystériques; du phénomène de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire. — Arch. de Neur. No. V. u. VI.

Die Verf. betonen zunächst das Interessante dieser Untersuchungen und die Aussicht, dass man durch dieselben mehrere Arten des nervösen Schlafes werde unterscheiden lernen, welche jetzt noch unter dem Sammelnamen „Hypnotismus" gingen. Ausserdem müsse das Studium dieser Erscheinungen auch unsere physiologischen Anschauungen bereichern, die krankhaften Zustände liessen uns ja oft erst die Geheimnisse der normalen Vorgänge durchschauen.

Es wird dann daran erinnert, dass *Charcot* eine Art des hypnotischen Schlafes als künstliche hysterische Lethargie (léthargie hysterique provoquée) bezeichnet habe und in diesem Zustande die neuromusculäre Erregbarkeits-Steigerung (l'hyperexcitabilité neuro-musculaire) constatirt. Den Erscheinungen dieser letzteren wenden sich die Verf. zunächst zu. Die Abhandlung, soweit sie vorliegt, zerfällt in 2 Haupttheile:

I. Die verschiedenen Mittel, die neuromusculäre Uebererregbarkeit in die Erscheinung treten zu lassen. § 1. Die Reizung der Sehnen.

Die Steigerung der Sehnenreflexe ist bei den Hystero-Epileptischen eine gewöhnliche Erscheinung. Steigerung der Sehnenreflexe und Muskelcontractur sind Erscheinungen derselben Art (de même ordre), letztere ist nur eine höhere Stufe (ordre plus élevé) desselben Vorganges.

Zur Erregung der Sehnen bedarf es keines Anschlages (choc), der einfache Druck reicht aus.

Zunächst wird besprochen

A) Die Wirkung der Percussion der Sehnen.

Die Sehnenreflexe können im Hypnotismus nach 2 Richtungen hin verändert sein: 1) können sie gesteigert sein (so ist es in der „künstlichen hysterischen Lethargie"), 2) können sie aber auch völlig vernichtet sein (so ist es in der „künstlichen hysterischen Katalepsie"). Nur von ersterer Veränderung ist weiter die Rede.

Die Steigerung der Sehnenreflexe kann sich wieder in doppelter Weise zeigen: a) in Ausbreitung der Reflexthätigkeit, b) in Veränderung der erzeugten Muskelcontractionen. Im letzteren Falle kann wieder α) die Contraction stärker sein, als sonst, aber nicht länger dauernd, β) sie kann länger dauernd sein, sich der Contractur nähern, und γ) sie kann dauernd werden, zur Contractur. Letzteres wird selten durch einen einzigen Anschlag erzeugt, meist durch deren mehrere aufeinanderfolgende.

In Bezug auf a) die Ausbreitung des Reflexes, führen die Verf. Curven vor, welche zeigen, wie sich im wachen Zustande beim Beklopfen des Lig. patellae der Arm-Biceps derselben Seite gar nicht, im hypnotischen dagegen sehr deutlich zusammenzieht (ausser den Beinmuskeln). Die Verf. sahen die Ausbreitung der Muskelreaction auf den Arm derselben Seite stets vor der Ausbreitung auch auf das andere Bein, — ein Umstand, der mit dem *Pflüger*'schen Gesetze nicht übereinstimmt. Niemals aber haben sie Ausbreitung des Reflexes von oben nach unten gesehen, z. B. also von der oberen Extremität auf die untere, — dies entspricht wieder jenem Gesetze.

In Bezug auf b) die Veränderung des Muskelreflexes, ist zu bemerken, dass die beiden oben erwähnten Arten der Veränderung, nämlich α) die Verstärkung und β) die Verlängerung der Contraction, sich zusammen finden können, aber auch jede für sich allein. — Eine Anzahl von Curven veranschaulicht beide Arten von Reaction. — Es kann der Reflex, wie oben schon angedeutet, auch die Mittellinie überschreiten, sich auf alle 4 Extremitäten, und selbst den ganzen Körper, erstrecken. Die Verf. haben letzteres an mehreren Kranken constatirt. In einem dieser Fälle hörte die Contractur mit einem Schlage auf, als ein leichter Druck auf die Ovarialgegend ausgeübt wurde (ein starker erweckt die Kranke).

Im Rückblick auf das Entwickelte sagen die Verf.: Für die Ausstrahlung lässt sich kein bestimmtes Gesetz aufstellen, weil die verschiedenen Theile der nervösen Centren verschieden erregbar sind. Fast immer ist eine Seite erregbarer, als die andere, die Verschiedenheit kann sich auch in durch Querlinien getrennten Abschnitten zeigen. — Sehr verschieden verhalten sich im Allgemeinen die Muskeln der Glieder und die des Gesichts, indem bei letzteren die Erregbarkeitssteigerung meist fehlt, selbst wo sie am übrigen Körper sehr entwickelt ist.

Der Grad der medullären Reflexerregbarkeit ist verschieden, nicht nur bei verschiedenen Kranken und bei derselben Kranken nach den Regionen des Rückenmarkes, sondern selbst bei der gleichen Kranken von einem Tage, ja von einem Augenblicke zum anderen. — Nach den Versuchen sind die Sehnenreflexe immer ein wenig stärker, als vor denselben.

Der Anschlag (choc) ist ein schlechtes Mittel für die Localisation des Reizes. Contractur lässt sich auch durch andere mechanische Sehnenreizung erzielen, z. B. durch Kneten, durch Reiben und auch durch einfachen Druck. Durch diese Mittel wird sie sogar noch sicherer, als durch Anschlagen erzeugt und ihre weite Ausbreitung vermieden.

B) Folgen der Sehnenreizung durch Kneten, Reiben oder einfaches Drücken.

Bei wenig sensibelen Personen haben die Verf. es mehrfach beobachtet, dass wiederholtes Beklopfen der Sehnen nur eine Reihe von Einzelcontractionen herbeiführte, während Kneten, oder ein wenig andauerndes Reiben derselben Sehnen ganz leicht dauernde Contractur setzte. Andererseits hat in gewissen Fällen, wo der Sehnenanschlag allgemeine Contractur setzte, die Knetung der Sehne locale Contractur ergeben. Bei Personen, welche eine hohe neuro-musculäre Uebererregbarkeit zeigen, setzt selbst ein flüchtiger Druck Contractur.

Oberflächlich liegende Sehnen braucht man nur mit dem stumpfen Ende eines Federhalters leicht zu drücken, um augenblicklich Contractur folgen zu sehen. So z. B. die Sehnen der beiden Mm. palmares am Handgelenke. Dieselben springen dann sofort vor und die Hand wird in Beugung festgestellt. — Eine Curve zeigt, dass die Herstellung der Contractur auf diesem Wege immerhin etwas langsamer vor sich geht, als nach dem Sehnenanschlag.

Am Handrücken ist die Erscheinung noch überraschender. Man braucht hier nur an irgend einem Punkte, z. B. in der Gegend des Metacarpal-Köpfchens, eine der Sehnen der Finger-Extensionen zu berühren, die man ja hier durch die Haut durchsieht. Sofort wird der betreffende Finger — und dieser allein — gestreckt, und bleibt es. Fast noch ausgeprägter ist die Erscheinung, wenn man mit demselben oder einem beliebigen anderen Instrumente leicht über die Sehne wegfährt. Man übt damit einen Druck auf verschiedene Stellen der Sehne aus.

§ 2. Reizung der Nerven. „Die mechanische Reizung der Nerven erzeugt Contractur der Muskeln, zu denen sie Aeste senden.“ Um Irrthum zu vermeiden und soviel als möglich isoliren zu können, haben die Verf. starke und der mechanischen Reizung leicht zugängliche Nerven zu den Versuchen gewählt, in erster Linie den Ulnaris, dann den Medianus, den Radialis. Sie erzielten dabei im Allgemeinen die von der faradischen Reizung her wohlbekannten, für jeden Nerven sehr charakteristischen Stellungen der Hand und der Finger.

§ 3. Reizung der Muskeln. Kneten oder einfaches Drücken der Muskeln führt Contractur derselben nach sich. Die Frage, ob hiervon der Grund in Reizung der Muskelfasern selbst liege, oder in Reizung der kleinen Nervenzweige, die zwischen jenen verlaufen, beantworten die Verf. dahin, dass eine Anzahl von Gründen es wahrscheinlich mache, dass die Contractur hier wie anderwärts das Resultat eines Reflexvorganges sei.

Die Beobachtung ergab ihnen noch Folgendes: 1) Die Reizung, welche irgend eine, wenn auch nur kleine Stelle des Muskels trifft, erzeugt Zusammenziehung seiner ganzen Masse (während man mittels der Faradisation leicht einzelne Bündel für sich zur Contraction bringen kann). 2) Die ar gesetzte Thätigkeit eines Muskels zieht fast immer auch die Thätigkeit

derer mitwirkender (synergiques) Muskeln nach sich. Z. B. sieben sich, wenn man den Deltoideus reizt, mit ihm auch der Serratus ant. maj. und der Cucullaris zusammen.

Wenn man mit dem stumpfen Ende eines kleinen Stockes oder dgl. die verschiedenen Muskeln des Vorderarms einer hypnotisirten Hysterischen einzeln in Thätigkeit zu setzen sucht (und vorher den dafür geeigneten Zustand herbeigeführt hat), so findet man bald eine Anzahl umschriebener Stellen, deren Erregung mit der grössten Pünktlichkeit das gewünschte Resultat herbeiführt. Diese Stellen fallen mit den „points d'élection" für die einzelnen Muskelreizungen zusammen, welche *Duchenne* angegeben hat. Es wurde dies für den speciellen Fall auch durch die Probe mit dem faradischen Strome nach dem Erwachen festgestellt.

§ 4. Vergleich zwischen der mechanischen Reizung bei neuromusculärer Uebererregbarkeit und der localisirten Faradisation. Die wesentlichsten Punkte sind vorstehend schon hervorgehoben. Zu betonen möchte nur nochmals der Satz sein, dass es schwieriger ist, im Zustande der neuromusculären Uebererregbarkeit zu localisiren, als im wachen Zustande mittels der Faradisation. — Manche Mitbewegung suchen die Verf. durch Mitreizung darunter gelegener Sehnen oder Muskeln zu erklären. Später sagen sie bestimmt: wenn das zu reizende Organ, sei es Sehne, Nerv oder Muskel, ganz allein angegangen ist (se trouve intéressé), dann kann man auch bei der neurom. Uebererregbarkeit Zeuge der schärfsten Localisation sein.

§ 5. Von der neuromusculären Uebererregbarkeit im Gesicht. An den Gesichtsmuskeln ist im Allgemeinen leicht zu experimentiren. Die Muskeln liegen oberflächlich, meist nicht über einander geschichtet und deshalb der mechanischen Reizung sehr zugänglich. Sie reagiren auch auf letztere ebenso leicht wie die übrigen Körpermuskeln. Ein einzelner Druck, der direct auf den Muskel oder auf seinen Nervenzweig ausgeübt wird, setzt die Muskelfasern in Thätigkeit, aber die so erzeugte Contraction besteht nach der Reizung gewöhnlich nicht fort, und wird niemals zur Contractur. Die Verf. haben (*Duchenne*'s Angaben folgend) alle Gesichtsmuskeln einzeln zu reizen gesucht und es ist ihnen das schliesslich auch gelungen. Dennoch bestehen einige Unterschiede zwischen dem auf diese Weise erhaltenen Resultate und den der localen Faradisirung. Sie ergeben sich aus folgenden 5 Sätzen, welche die Verf. formulirt haben.

1) Die beste Localisation erhält man durch mässigen Druck mit dem runden Ende eines kleinen Stabes. Wenn der Reiz zu leicht ist, nur in einer leisen Berührung der Haut besteht, so erstreckt sich die Wirkung meist auch auf eine grössere oder kleinere Zahl benachbarter Muskeln, manchmal selbst auf entfernte. Ebenso wirkt zu starke Reizung auf benachbarte Muskeln mit. — 2) Die Zusammenziehung hört meist mit dem Drucke auf, nur manchmal besteht sie noch kurze Zeit fort, am längsten in der Regel im Platysma. — 3) Die Muskelthätigkeit hört bald auf, wenn

auch der Reiz fortbesteht. — 4) Meist erhält man sehr leicht die Thätigkeit eines paarigen Muskels auf nur einer Seite, manchmal aber zieht sich der jenseitige mit zusammen. — 5) Man kann mehrere Muskeln zugleich sich zusammenziehen lassen, sowohl solche, die zu einem bestimmten Gesichtsausdruck gehören, wie solche die nicht zusammen gehören. — Bei der Mehrzahl der (hypnotisirbaren) Kranken ist neuromusculäre Uebererregbarkeit im Gesicht gar nicht nachzuweisen (während sie an den Gliedern sehr deutlich ist); von 20 Kranken fanden die Verf. die Erscheinung im Gesicht nur bei vieren recht ausgeprägt.

Es ist den Verf. gelungen, auf beiden Gesichtshälften verschiedene Muskeln zur Zusammenziehung zu bringen, also verschiedenen Ausdruck zu erzielen. Es ist aber sehr schwer, dabei den Reiz genau zu localisiren. Die Neigung jeder Erregung, auf den gleichnamigen Muskel der anderen Seite auszustrahlen, arbeitet der scharfen Localisation entgegen. Dennoch wird der Contrast beider Gesichtshälften sehr überraschend.

Die Verf. haben die ältere Erfahrung *Charcot's* benutzt, dass Kranke in „hypnotischer Lethargie", wenn man ihnen ein Auge öffnet, auf der betr. Körperhälfte kataleptisch werden. Damit fanden sie dann jede Spur neuromusculärer Uebererregbarkeit auf dieser Seite verschwunden. Dies Experiment giebt im Gesicht überraschende Bilder dadurch, dass die Muskeln auf der Seite der Augenöffnung sofort erschlaffen.

Es wurden auch die Aeste des Facialis, da wo sie aus der Parotis hervortreten, mechanisch gereizt. Es zog sich dann die ganze entsprechende Gesichtshälfte zusammen, nur, je nach dem Reizorte, bald die Muskeln des Auges, bald die der Nase, der Lippe oder des Kinnes vorwiegend. — Auch der ganze Stamm wurde einmal unmittelbar vor dem Ohrläppchen mit Erfolg gereizt.

Die letztgenannten Versuche sind alle an Einer Kranken angestellt. Dieselbe bot noch folgende (sonst nicht wieder gefundene) Erscheinung: Mechanische Reizung brachte sehr leicht ihre Ohrmuskeln in Thätigkeit, während sie selbst im wachen Zustande nicht die mindeste Gewalt über letztere hatte. Jener Erfolg trat jedesmal ein bei Reizung einer umschriebenen Stelle, die ca. 2 Ctm. vor dem Ohrläppchen, in der Höhe des Tragus lag, und ferner einer zweiten, grösseren, dicht unter dem Ohre gelegenen. Die Verf. glauben, dass im letzteren Falle die Muskelfaser selbst gereizt worden sei, im ersteren der Nervenast, welcher zum M. auricul. sup. geht.

II. Ueber einige Eigenthümlichkeiten der im Zustande neuromusculärer Uebererregbarkeit hervorgerufenen Contractur.

a) Die Contractur hört auf bei der Reizung der Antagonisten. Der letztere Reiz muss nicht genau localisirt sein. Wenn man ihn nur irgendwo auf die Masse der Extensoren wirken lässt, so macht er sofort die Contractur jedes beliebigen Flexors schwinden, und umgekehrt.

Nur wenn die letztere Action sehr local ist, und nicht den directen Antagonisten des contracturirten Muskels betrifft, so kann sie, statt die erste Contractur zu lösen, Veranlassung geben zur Bildung einer zweiten.

b) Die Contractur bleibt im Wachen bestehen. Es kann 3 Fälle geben: 1) die Contractur besteht im Schlafe, sie bleibt in der Katalepsie, aber sie verschwindet sofort beim Erwachen. 2) Wenn die Kranke während der „Lethargie" geweckt wird, so verschwindet die Contractur sofort. Wenn sie aber vor dem Wecken kataleptisch gemacht war, so besteht die Contractur während des Wachens unverändert weiter. 3) Es ist auch die ebenerwähnte Maassnahme unnöthig, die Contractur besteht fort auch wenn die Kranke während der Lethargie geweckt war. Die so erzeugten Contracturen bieten die grösste Aehnlichkeit mit der permanenten hysterischen Contractur. Die Verf. glauben, dass jene auch sehr lange fortbestehen könnten, sie haben das Experiment indess nie über einige Stunden ausgedehnt. Man muss, um die Contractur zum Verschwinden zu bringen, die Kranken erst von neuem hypnotisiren und während der Lethargie die antagonistischen Muskeln erregen. Dann schwindet die Contractur augenblicklich.

c) Uebertragung (transfert) der localisirten Contractur durch den Magneten. Wenn man an dem einen Arm z. B. Contraction der vom Ulnaris versorgten Muskeln erzeugt hat, diesen Arm vorsichtig und unberührt in seiner Stellung lässt und nun dem anderen, auf dem Tisch ruhenden Vorderarm einen starken (gebogenen) Magneten nähert, so entstehen nach höchstens 2—3 Min. in beiden Händen zugleich leichte Bewegungen, aus denen bald in beiden Händen Entgegengesetztes hervorgeht: an der vorher contrahirten Hand verlassen die Finger allmälig die Haltung, die sie innegehabt, an der anderen Hand nehmen die Finger diese Stellung an. — Wenn man nun den Magneten wieder an die zuerst contrahirt gewesene Extremität bringt, so vollzieht sich die Wiederherstellung der Contractur hier viel langsamer. Die Uebertragung dauert 5—6 Min., nach Ablauf derselben ist die Hand No. 2 wieder ganz weich, die Hand 1 zeigt auch wohl wieder deutlich die Ulnaris-Stellung, allein es ist, als ob die Bewegung auf halbem Wege stehen geblieben sei.

Man setzt die hypnotisirte Kranke nun vor einen Tisch und legt ihre beiden Vorderarme auf denselben, so dass die Extensorenseite nach oben sieht. Dann berührt man am rechten Vorderarm den bekannten Punkt für die Erregung des Zeigefingers. Der letztere erhebt sich und bleibt stehen, während die übrigen Finger in ihrer Lage verharren. Nun wird ein Magnet nah an den linken Vorderarm gehalten: fast sofort sieht man in beiden Zeigefingern ein leichtes unregelmässiges Zittern. Dann entsteht eine Gesammtbewegung, der linke Zeigefinger, der unbeweglich auf dem Tische lag, streckt sich und erhebt sich allmälig, während der rechte ruckweise sinkt und schliesslich schlaff herunterfällt. Dasselbe Experiment kann man an den verschiedenen Extensorenmuskeln wiederholen, man bekommt

auch dieselbe Erscheinung, wenn die Contractur die Folge einer Sehnenreizung war.

d) Latente localisirte Contractur. Uebertragung derselben. — *Brissaud* und *Richet* haben schon gezeigt [1]), dass die Anämie eines Gliedes, wie sie die *Esmarch*'sche Binde erzeugt, in ihm alle Fähigkeit der Muskeln, sich unter dem Einfluss der gewöhnlichen Reize zusammenziehen, erlöschen macht. — Es setzt das Kneten eines solchen Gliedes keinerlei Zusammenziehung, aber wenn man nach dem Kneten (wie lange? Ref.) die Gummibinde wegnimmt, so sieht man die Zusammenziehung sich nun von selbst, d. h. ohne neuen Reiz, ausbilden, und zwar in dem Maasse vollkommener, als sich die Circulation wiederherstellt. *Brissaud* und *Richet* haben diese Erscheinung „latente Contractur" genannt. — Man kennt nun die besondere Wirkung des Magneten auf einseitige Contracturen und die Versetzung der letzteren, welche mit dem Namen Transfert belegt worden ist. *Br.* und *R.* haben diese Uebertragung, z. B. von einem Arm auf den anderen, nun auch bezüglich der vorstehend beschriebenen Contractur beobachtet. *Charcot* und *Richet* haben die Versuche wiederholt und die Angaben Jener bestätigt gefunden. Man darf nur die *Esmarch*'sche Binde nicht im Stadium der Lethargie der Kranken anlegen, weil in diesem jede leise Berührung Contractur hervorruft, sondern muss es thun im Stadium der Katalepsie. Dann schliesst man den Kranken die Augen wieder und erzeugt so wieder Lethargie. Wenn man nun, ohne sonst den Arm zu berühren, mit dem Finger mehrmals den N. ulnaris dicht hinter dem Condyl. int. reibt, so sieht man zunächst gar keine Veränderung, aber sobald die Gummibinde gelöst ist, begiebt sich die Hand allmälig in die bekannte Ulnaris-Stellung („griffe cubitale"). — Wenn man vor der Lösung der Binde an den nichtanämisirten Vorderarm den Magneten hält, so stellt sich die letzterem zugehörige Hand nach ca. 40 Sec. in Ulnaris-Stellung.

A. Tamburini e *G. Sepilli*, Contribuzioni allo studio sperimentale dell' ipnotismo. — Riv. sperim. di fren. Heft III.

Die Verfasser stellten ihre Versuche an einer 28jährigen weiblichen Kranken an, welche an schwerer Hysterie litt. Sie zeigte linksseitige Anästhesie und Analgesie, Herabsetzung des Geruchs und Geschmacks linkerseits, Verminderung der Schärfe des linken Auges, behinderte Motilität des linken Armes und Beines. Dopppelseitige Ovarialhyperästhesie. Hysteroepileptische Anfälle. — Die Resultate der eingehenden Untersuchung und vielfältigen Prüfungen sind folgende:

Die Phänomene der neuromusculären Hyperästhesie finden sich bei schwerer Hysterie auch im wachen Zustand und sind nicht allein charak-

---

[1]) Progrès méd. 1880, No. 19, 23, 24.



teristisch für den hypnotischen Zustand. Die neuromusculäre Hyperästhesie ist bei Hypnotischen energischer und leichter hervorzurufen. Im tiefen Schlaf ist die Anästhesie eine vollständige und allgemeine, bei weniger intensivem hypnotischen Zustand tritt Hemianästhesie auf. Die Erscheinung des Transfert durch Application von Metallen, Senfpapier etc. bleibt auch im hypnotischen Zustand bestehen. Die abnorme Muskelreizbarkeit verschwindet mit der Sensibilität durch locale Anwendung von Kälte, sie tritt sofort wieder auf, nach Auflegen von Metallen. Der Uebergang vom wachen Zustand in den hypnotischen ist durch Veränderung der Respiration und des Pulses gekennzeichnet, beides wird weniger frequent, die Athmung unregelmässig. Die Application von Magneten, Hautreizen etc. führt noch weitere Modificationen herbei, Apnoë wechselnd mit stärkerer und tieferer Respiration, Verstärkung der Herzthätigkeit. —

Der Arbeit sind 3 Tafeln mit Respirations- und Pulscurven beigefügt.

Schuchardt.

2. Psychophysik. Referent: Dittmar.

(Fällt diesmal aus.)

3. Gerichtliche Psychopathologie. Referent: v. Krafft-Ebing.

Dr. *Mann*, Beitrag zur Psychopathologie. — The Alien. and Neur. Oct.

Nachweis, dass die Fähigkeit Recht und Unrecht zu unterscheiden mit Geisteskrankheit vereinbar ist und dass zur Zurechnungsfähigkeit wesentlich auch das Vermögen der Selbstbestimmungsfähigkeit gehört.

Verfasser empfiehlt dem Richter in Fällen zweifelhafter Geistesgesundheit die Berücksichtigung folgender Fragen:

1. Wurden des Gefangenen Willensbestrebungen, Impulse oder Handlungen durch Irrsein bestimmt oder beeinflusst und sind seine psychischen Fähigkeiten zusammen oder einzeln so gestört, dass er unfähig wäre seine bürgerlichen Rechte und Pflichten wahrzunehmen?

2. Stammt er aus einer neurotisch belasteten Familie?

3. Bot er geistige Schwächeerscheinungen oder Besonderheiten, die sich auf erbliche Veranlagung oder vorhandene Geisteskrankheit zurückführen lassen?

4. Hat der Gefangene Selbstbeherrschungsvermögen oder hat er keine

genügende Widerstandsfähigkeit gegenüber aus seiner geistigen Störung resultirenden Impulsen?

5. Bietet er moralische Defecte?

6. Steht die strafbare Handlung im Connex mit Wahnideen und Sinnestäuschungen?

7. Wurde die That ohne entsprechenden Anreiz oder ohne Motiv begangen?

8. Zeigt der Gefangene Aufregung oder Depression, Morosität, Verstimmung, Eifersucht, Misstrauen? Wie ist sein Benehmen, sein Denken, Fühlen, sein moralischer Sinn? zeigt er Leidenschaften?

Dr. *Freymuth*, Die Stellung des Gerichtsarztes in der Zurechnungsfrage. — Deutsche medic. Woch. No. 44—46.

§ 51 des deutsch. Strafgesb. erkennt als eine strafbare Handlung ausschliessend nur diejenige Bewusstlosigkeit oder krankhafte Störung der Geistesthätigkeit an, durch welche die freie Willensbestimmung ausgeschlossen war. Diese letztere Frage unterliegt der Beurtheilung des Richters, aber der Arzt muss sie gleichwohl berücksichtigen. Die Willensfreiheit ist keine philosophisch gedachte, absolute, sondern eine rein praktische, die Ermittlung, ob beim Inculpaten derjenige normale Zustand geistiger Gesundheit und Reife vorhanden ist, dem die Rechtsanschauung des Volkes die strafrechtliche Verantwortung thatsächlich zuschreibt. Die Fassung des Zurechnungsparagraphen der Genfer Strafgesetzgebung, welche einfach bestimmt, „eine strafbare Handlung ist nicht vorhanden, wenn der Thäter sich im Zustand geistiger Störung befand“ ist gefährlich, denn sie trennt nicht die ärztliche von der juristischen Seite der Frage und überlässt eventuell einem Geschwornengericht die Entscheidung, ob ein Thäter geisteskrank war. Die Fassung des österr. und holländischen Strafgesetzentw., wonach neben Störung der Geistesthätigkeit noch krankhafte Hemmung der Geistesthätigkeit bzw. schwache Entwicklung der Geistesthätigkeit erwähnt wird, hält Verf. für bequem gegenüber geistigen Entwicklungshemmungen, aber überflüssig. Die Erwähnung einer fehlenden zur Erkenntniss der Strafbarkeit nöthigen Urtheilskraft alternativ neben dem Ausschluss der freien Willensbestimmung (Zürich, österr. Entwurf) ist nicht unwichtig bei Kindern, halbreifen Menschen, gewissen Taubstummen, die zwar Selbstbestimmungsfähigkeit besitzen, sie aber bei mangelnder Reife des Urtheils falsch gebrauchen können, insofern sie nicht wissen, dass die Handlung gesetzlich verboten ist. Vortheilhafter ist jedoch die deutsche Gesetzgebung, die diesen Ausschliessungsgrund der Zurechnungsfähigkeit besonders behandelt (§ 55, 56, 58), da er meist der Beurtheilung des Richters allein unterstehen wird. Verf. erklärt es für einen Vorzug des italiän. Strafgesetzes, das im Art. 60 § 1 eine verminderte Zurechnung ausdrücklich ausspricht und für einen Nachtheil des deutschen, das sich mit Milderungsgründen behilft, indem es die juristische

Zurechnungsfähigkeit mit der philosophischen confundirt und deshalb von einer verminderten nichts wissen will, gleichwohl aber de facto eine solche beim Kindsmord anerkennt und eine vermehrte (§ 222 u. 230) aufstellt. Verf. weist auf das Unlogische hin, die Beschränkung der Willensfreiheit aus organischen Ursachen mit den anderen Strafmilderungsgründen zusammenzuwerfen, denn jene bedarf keiner Entschuldigung, während jeder andere Strafmilderungsgrund ein solcher ist und es ist nach Umständen nicht gleichgültig, ob Jemand wegen verminderter Zurechnungsfähigkeit oder wegen mildernder Umstände geringer bestraft wird. Zudem kennt das deutsche Strafgesetzbuch nicht bei allen Verbrechen, z. B. Mord, mildernde Umstände.

Bezüglich der Praxis beklagt Verf., dass häufig Geisteskranke als Verbrecher behandelt werden, ohne vorher begutachtet zu sein und theilt einige bezeichnende Beispiele aus seiner Erfahrung mit. Alle Inhaftirten psychiatrisch zu untersuchen, ist ebenso wenig zweckmässig, als der alte Modus, wonach der Arzt nur nach Befinden des Richters zur Exploration schreitet. Als Ausweg adoptirt er den von *Wyss* gemachten Vorschlag, dass bei gewissen Categorien von Verbrechen und Verbrechern eo ipso schon in der Voruntersuchung ein Status durch einen Gerichtsarzt aufgenommen würde. Verf. sieht darin nur Vortheile, denn der Untersuchungsrichter wird auf gewisse psychische Abnormitäten aufmerksam gemacht, ohne dass ihm etwa präjudicirt wird. Damit wird rechtzeitig manche geistige Störung erkannt, viel Mühe gespart, Zeit zur Heilung wirklicher Geisteskranker gewonnen, die Entscheidung über Simulation erleichtert, dem Vertheidiger das beliebte Mittel genommen, in jedem beliebigen Augenblick die Unzurechnungsfrage zu stellen. Verf. empfiehlt zur Aufnahme des Status das vom Ref. in seinem Lehrbuch gegebene Schema. Nöthig wird es aber auch sein, dass der Jurist eine übersichtliche Kenntniss der psychiatrischen Grundthatsachen sich erwerbe, um Status und Bedarf einer Exploration beurtheilen zu können. Die gesetzliche Forderung in Oesterreich, dass 2 Sachverständige den Fall begutachten müssen, ist dem deutschen Usus, nur einen damit zu betrauen, vorzuziehen.

Witlacil, Der Process gegen die blödsinnige M. Kruger. — Wien. med. Woch. No. 29.

Am 13. Juni 1881 stand M. K., 27 J., Magd, unter der Anklage des Mordversuchs durch Weglegung des 14 monatl. Kindes ihres Dienstherrn, nachdem sie ihm ein Würgetuch um den Hals geschlungen und einen Knebel in den Mund gesteckt hatte, vor dem Schwurgericht in Wien. Sie war bereits 3 mal wegen gefährlicher Drohung und Excess, 1 mal wegen Kindesweglegung verurtheilt worden, läugnete die That nicht, motivirte sie mit ihrer Abneigung gegen Kinder. Erst im Termin hatte der Vertheidiger, gestützt auf den Mangel eines plausibeln Motivs der That, die Zurechnungsfähigkeitsfrage gestellt, war aber nach scharfen Auseinandersetzungen mit

Staatsanwalt und Präsident mit seinem Antrag nicht durchgedrungen und die Angeklagte wurde zu 8 Jahren Kerker verurtheilt. Da brachte die Tagespresse die Notiz, die K. sei schon 1879 wegen versuchter Gewaltthätigkeit in Untersuchung gestanden, auf Grund gerichtsärztlichen Gutachtens als blödsinnig in die Landesirrenanstalt gekommen, im October 1880 in ein Versorgungshaus abgegeben worden, wo sie im December einen Selbstmordversuch machte.

Im März 1881 hatte man sie einer Wäscherin gegen Revers überlassen. 6 Wochen später beging sie die That. Darauf hin beschloss das Gericht die Wiederaufnahme des Processes gegen die Verurtheilte, früher wegen unheilbaren Blödsinns der Irrenanstalt übergebene K.!!

Es war rein das Verdienst der Tagespresse, dass hier eine ungerechte Verurtheilung rückgängig gemacht wurde.

Das Motiv der That (Abneigung gegen Kinder, weil die K. als Kind selbst schlecht behandelt worden sei und Wiedervergeltung üben wollte) war doch gewiss dazu angethan, den Geisteszustand bedenklich zu finden und über das Verlangen des Vertheidigers nach Prüfung des Geisteszustands hinwegzugehen. Freilich hatte der Vertheidiger dieses Verlangen spät erst gestellt und sich offenbar um das Vorleben seiner Clientin nicht bekümmert, sonst hätte er erfahren, dass schon nach der 1. Kindesweglegung, im Strafhause, die K. sich oft aufgeregt und excessiv, wie eine Geistesgestörte benommen hatte.

Auch die Thatumstände hätten dem Gericht die Augen öffnen können. Die K. hatte dem Kinde Knebel und Würgetuch so applicirt, dass der Tod nicht eintrat, obwohl sie die Absicht zu tödten hatte. Sie verliess das Kind unter einem Hausthor, wo es bald gefunden werden musste und auch wurde. Dann irrte sie herum, ging nach $1^1/_2$ Stunden zur Polizei, zeigte an, sie sei unterstandslos und habe ein Kind weggelegt, bezeichnete jedoch den Thatort falsch. Alle diese Widersprüche finden nur in der Geistesschwäche der K. ihre Erklärung und deuten dem Fachmanne sofort auf einen solchen Zustand. Dass Richter, Geschworene, Anklage keinen Verdacht schöpften, ist bezeichnend und bedauerlich.

Verf. bringt analoge Fälle von ungerechter Verurtheilung Geistesgestörter aus seiner jüngsten Erfahrung. Der Fall Kruger mahnt, wie Verf. zeigt, zu besserer Information über das Vorleben Angeklagter, zu völlig objectiver Beurtheilung der Details und Motive jeder That ohne jede vorgefasste Meinung, zu einer gründlicheren psychologischen Bildung der staatsanwaltschaftlichen Functionäre und der Richter, zur jedesmaligen und in jeder Phase des Processes zuzulassenden Prüfung des Geisteszustands solcher Angeklagten, deren Handlungsweise als ein psychologisches Räthsel erscheint u. s. w.

Die Abgabe der K. in ein zur Verpflegung gemeingefährlicher Blöder ungeeignetes Verpflegungshaus wegen Platzmangel in Irrenpflegeanstalten, der Leichtsinn, womit Reverse bei der Uebernahme solcher Kranker i

Privatpflege gehandhabt werden, werden vom Verf. gebührend des Weiteren gewürdigt. Der Fall K. ist auch in dieser Hinsicht eine treffende Illustration österreichischer Zustände im Irrenwesen, die nur anders werden können, wenn der Staat diesen wichtigen Zweig der Humanitätspflege wieder in die Hand nimmt oder wenigstens die autonomen Länder und Gemeinden in der Erfüllung dieser Pflicht durch Generalinspectoren des Irrenwesens gründlich überwacht.

Schröter, Die Beurlaubung geisteskranker Verbrecher aus der Irrenanstalt. — Diese Zeitschr. XXXVIII. S. 310.

Hallin (Stockholm), Unterbringung geisteskranker Verbrecher. — Hygiea XLIII. Mai (*Schmidt*'s Jahrb. Band 191, No. 9).

Während die Irrsinnigen, welche ein Verbrechen begingen, zweifellos in gewöhnliche Irrenanstalten gehören, hat man auch in Schweden es mit den Interessen dieser und ihrer Kranken unverträglich erkannt, Verbrecher, die erst nach der That oder nach der Verurtheilung geisteskrank wurden, den gewöhnlichen Irrenanstalten, mit meist freieren Verpflegungsformen, aufzubürden. Die Zahl dieser Irren ist übrigens keine sehr grosse. Es giebt 3 Modi einer Versorgung dieser Kranken.

1. Die Errichtung von Irrenabtheilungen als Annexe der Strafanstalten. Zweckentsprechend eingerichtete derartige Annexe wären ganz empfehlenswerth, aber es müssten mehrere sein und das käme für ein Land wie Schweden zu hoch.

2. Eigene Verbrecherasyle. Bei der geringen Zahl der für solche geeigneten irrsinnigen Sträflinge wären sie für Schweden entbehrlich, ausser sie würden auch benutzt für zur Zeit der That irrsinnig Gewesene, für in der Untersuchungshaft Erkrankte, für die mit sog. psychischer Degeneration behafteten unverbesserlichen Gesetzesübertreter, endlich für besonders lästige und gefährliche und deshalb in gewöhnlichen Irrenanstalten nicht gut haltbare einfache Irre.

Auch diese Lösung der Frage scheint für Schweden der grossen Kosten wegen nicht opportun.

3. Die Errichtung besonderer Abtheilungen für Criminalpatienten in den Irrenanstalten. Dieser Modus wäre für Schweden der empfehlenswertheste, jedoch müssten diese Abtheilungen sowohl bezüglich der Sicherheits- als der Heilungsbedingungen mit allem Nöthigen versehen sein (gehöriges Areal der Anstalt, Gelegenheit zu passender Beschäftigung). Für solche Abtheilungen dürften die sub 2 genannten Categorien von Kranken oder psychisch Entarteten sich eignen. Schweden würde 2 solcher Abtheilungen nöthig haben, die eine als Annex einer Heil-, die andere als Annex einer Irrenpflegeanstalt.

Entwurf einer Irrengesetzgebung für Italien. — Archivio italiano per le malatti nervos. Juli.

Der Entwurf umfasst gesetzliche Bestimmungen für öffentliche und private Irrenanstalten, Verbrecherasyle und die Fürsorge für die ausserhalb Anstalten verpflegten Irren. Er enthält auch den Motivenbericht des Ministers des Innern und wurde dem Parlament am 15. März 1881 von der Regierung vorgelegt.

Reclam, Der Selbstmord und dessen Vorbeugung. — *Friedreich's* Bl. f. ger. Med. VI. Heft.

Verf. weist auf die vielfachen Beziehungen hin, welche der Selbstmord mit dem Irresein hat und betrachtet es als ausser Zweifel, dass eine grosse Zahl von Selbstmördern aus Irrsinnigen besteht. Die moderne Erziehung, welche den Geist überanstrengt und die Charakterbildung vernachlässigt, sei viel Schuld an der Nervosität der modernen Gesellschaft und der erschreckenden Häufigkeit der Selbstmorde.

Pelman, Rechtsschutz der Irren. — Deutsche med. Woch. No. 51.

In der Beilage der Augsb. A. Z. vom 17. Sept. erschien ein Artikel, in welchem wieder einmal auf die Gefahr einer ungerechtfertigten Einsperrung Geistesgesunder in Irrenanstalten aufmerksam gemacht, ein Rechtsschutz in Form eines Irrengesetzes verlangt und nebenbei den Irrenärzten Leichtsinn und Beschränktheit vorgeworfen wird. Verf. tritt diesen Behauptungen entgegen, indem er zeigt, dass die Irrengesetze gewisser Nachbarländer gerade nicht nachahmungswerth sind, das Irrenwesen dieser Länder vor dem deutschen nicht viel voraus hat und dass auch in Deutschland bezügliche gesetzliche Bestimmungen bestehen, die keineswegs unzureichend und mangelhaft sind und den Wunsch nach einem eigenen Irrengesetz ganz entbehrlich scheinen lassen. Die bisherige Irrengesetzgebung zerfällt in 2 Theile, deren einer die Umstände, unter welchen eine Aufnahme in die Irrenanstalt erfolgen kann, bestimmt, der andere die rechtlichen Verhältnisse der Geisteskranken regelt. Die neueren Irrengesetzgebungen haben unnöthigerweise die Aufnahmsbedingungen in die Irrenanstalten immer mehr erschwert und damit die unbehinderte und rasche Aufnahme der Kranken, eine Hauptbedingung ihrer Genesung, geschädigt.

In keinem Culturlande ist trotz socialer Verdächtigungen bisher die Einsperrung eines Geistesgesunden in einer Irrenanstalt constatirt worden.

Man säe deshalb nicht Misstrauen gegen wohlthätige Humanitätsanstalten und untergrabe nicht ihre Wirksamkeit als Heilanstalte[illegible] man die Aufnahmen erschwert. Dagegen ist nichts einzuwen[illegible]

man die Aufsicht über die Anstalten vermehrt und diese in lebendige Verbindung mit dem Publikum bringt. Sehr empfehlenswerth ist die französische Einrichtung des Aufsichtsraths über Irrenanstalten. Verf. macht mit Recht darauf aufmerksam, dass in Deutschland kaum 25 pCt. aller Geisteskranken in Anstalten verpflegt werden und um die 75 pCt. (etwa 40000) ausserhalb solcher kein Mensch sich kümmert. Für diese nicht internirten Irren wäre ein Rechtsschutz viel wichtiger. Wenn nun ein Irrengesetz durchaus nöthig befunden würde, so müsste der Geist eines solchen der eines Wohlthätigkeitsgesetzes, dem überall die Heilung des Geisteskranken als anzustrebendes Ziel vorgesteckt würde, sein.

v. Krafft-Ebing, Zur conträren Sexualempfindung in klinisch-forensischer Hinsicht. — Diese Zeitschr. XXXVIII. S. 211.

Krueg, Perverted sexual instincts. — The Brain. Oct.

Interessante Krankengeschichte eines 33 J. alten, ledigen, wohlhabenden Mannes aus belasteter Familie (Mutter und Schwester hysteropathisch und hallucinirend, Bruder Selbstmörder) der mit conträrer Sexualempfindung behaftet ist. Mit 6 J., als er einen Mann nackt im Bade sah, fühlte er sich zum ersten mal wollüstig angeregt. Vom 9. Jahre an, über einen Schrecken, litt er 4 Jahre lang an nervösen Beschwerden. Im Institut trieb er Onanie und fühlte dort glühende Liebe zu einem Kameraden mit eifersüchtigen Anwandlungen und Drang zu geschlechtlicher Befriedigung. Er gründete ein Modewaarengeschäft für Damen, konnte sich nicht entschliessen zu heirathen, perhorrescirte Coitus, floh entsetzt, als ihn ein Bruder in ein Bordell lockte, befriedigte sich durch allein oder mutuell getriebene Masturbation. Seine wollüstigen Träume hatten immer Männer zum Gegenstand. Er versuchte gegen seinen Hang zu Männern anzukämpfen, wurde davon aber nur noch mehr neuropathisch und erregt. Ab und zu stellten sich lästige Zwangsvorstellungen ein, namentlich schmutzigen Inhalts bei feierlichen erhebenden Anlässen. So musste er bei der für seinen Bruder gehaltenen Todtenmesse beständig Vergleiche zwischen einer Hostie und dem Anus eines Hundes ziehen (!), worüber sein sittliches Gefühl geradezu empört war. In seinem Benehmen fiel Unstetigkeit, Excentricität auf. Die Genitalorgane waren normal. Der Habitus männlich.

Wille, Zwangsvorstellungen pro foro. — Viertelj. f. ger. Med. N. F. XXXIV. 2. Heft.

Unter obigem Titel theilt Verfasser zunächst die interessante Krankheitsgeschichte eines typischen Falles von Irresein durch Zwangsvorstellungen mit. Die betreffende Kranke, wie es scheint hereditär veranlagt, schon als Kind mit grundloser Furcht und Drang zum Grübeln in religiöser Richtung, später mit Angst vor üblen Folgen ganz harmloser Handlungen (Gefahr der

Brandstiftung, der Mitnahme fremden Eigenthums bei Einkäufen etc.), Berührungssucht und Drang zum beständigen Waschen der Hände sowie Hysterismus behaftet, wurde von Aerzten für partiell irrsinnig und unheilbar krank erklärt und vom Ehemanne, der sie los sein wollte, mit einer Scheidungsklage verfolgt, da mit seiner Frau wegen ihrer Launen und Wunderlichkeiten nicht mehr zu leben sei, wogegen die Kranke nachdrücklich protestirte. Verfasser mit der Abfassung des Gutachtens für das Ehegericht betraut, findet Pat. nach wie vor neuropathisch, mit ihren krankhaften Ideen behaftet, diese jedoch nicht mehr so peinigend für die Kranke. Dagegen leidet dieselbe an krankhaftem Misstrauen und bietet eine tiefere Veränderung ihres früheren Charakters. Diese letzteren sind im Sinn des Terminalstadiums der in Rede stehenden constitutionellen, in Zwangsvorstellungen sich äussernden psychischen Krankheit zu deuten. Diese Krankheit muss als eine unheilbare erklärt werden. Andrerseits muss betont werden, dass der Verstand der Kranken, insoweit es sich um Beurtheilung objectiver Verhältnisse handelt, grösstentheils unversehrt ist. Ein psychisch schädigender Einfluss der Krankheit der Mutter auf die Töchter, falls sie mit dieser zusammenleben, ist möglich. Ein eheliches Zusammenleben kann stattfinden, ist aber ärztlich nicht räthlich, da die Beruhigung der Kranken offenbar durch die Trennung von der Familie erzielt wurde und bei Wiedervereinigung mit dem Mann die Krankheit sich voraussichtlich verschlimmern dürfte. Ein nur temporäres Zusammmensein der Mutter mit den Kindern kann die Gesundheit der letzteren nicht schädigen.

Verf. macht aufmerksam wie selten Irresein in Zwangsvorstellungen forensisch Gegenstand einer Beurtheilung ist. In 2 weiteren Fällen des Verf. war die Tauglichkeit zum Militärdienst, im vierten, die Fähigkeit ein Amt weiter fortzuführen, fraglich. Intensives Beherrschtwerden von Zwangsvorstellungen macht jedenfalls einen Menschen für kürzere oder längere Zeit unfähig mit Ruhe, Ueberlegung und Besonnenheit zu denken und zu handeln. Leichtere Zustände des Leidens haben im Allgemeinen diesen Einfluss nicht. Es handelt sich dann um rein elementare psychische Symptome wie z. B. Hallucinationen, die als solche erkannt werden, Angstgefühle u. dgl. bei Nervenkranken. Aber eine Zwangsvorstellung führt nothwendig zu weiterer elementarer psychischer Störung, insofern sie als Hemmungserscheinung im freien Ablauf des Vorstellens nothwendig ein peinliches Gefühl hervorrufen muss. Dessen Intensität hängt von der Zwangsvorstellung bezw. der Hemmung im Vorstellen, sowie von dem Grade der psycho-nervösen Erregbarkeit des Individuums ab. Dazu kann der Umstand in Betracht kommen, dass das Eintreten der Zwangsvorstellungen mit einem ohnedies schon bestehenden Zustand gemüthlicher Erregtheit zusammenfiel. Die Reaction auf die Zwangsvorstellungen kann demnach von einem leichten Unbehagen bis zur heftigsten Angst sich erstrecken. Von der Heftigkeit der emotionellen Mitbetheiligung wird concret die Erhaltung der Besonnenheit und Handlungsfähigkeit abhängen und damit die Zu-

rechnungsfähigkeit in Frage kommen. Werden reactive Angstempfindungen regelmässige Begleiter der Zwangsvorstellungen, so wird sich der Zustand weder pathologisch (?) noch forensisch von der Melancholie, überhaupt von Geistesstörung unterscheiden.

Als eine weitere Complication, als weiterer Fortschritt des Leidens können hier Zwangs handlungen vorkommen. Dadurch werden diese Kranken der Umgebung nicht blos lästig, sondern nach Umständen selbst gefährlich.

Diese Complication zeigt sich oft nur episodisch. Unterscheidend vom eigentlichen Geisteskranken ist hier wieder, dass der Kranke trotz allem Zwang des Handelns doch der Einsicht in die Verkehrtheit der Handlungen nicht ermangelt. Es scheint hier forensisch die Annahme einer bedingten Beeinträchtigung der Willensfreiheit das Richtige, die freilich oft genug eine unbedingte werden kann.

Eine weitere Complication können spontane, d. h. von Angstempfindungen und Zwangshandlungen unabhängige heftige Affectstürme („nervöse Krisen") darstellen, während deren Dauer völlige Aufhebung der Willensfreiheit anzunehmen ist.

Im Terminalstadium pflegen tiefere Aenderungen des Charakters (Gemüth, Wille) trotz leidlich erhaltener Intelligenz sich herauszubilden. Das Beherrschtsein von den Zwangsvorstellungen, die gemüthliche Abstumpfung, der krankhafte Egoismus stellen einen den primär Verrückten analog geistigen Schwächezustand dar, der jedenfalls geistig unfrei und unzurechnungsfähig macht. Der Verf. hat eine dasselbe Thema behandelnde Arbeit des Ref. (über gewisse formale Störungen des Vorstellens und ihren Einfluss auf die Selbstbestimmungsfähigkeit, Vierteljahrschr. f. ger. Med. 1870 Januar), wo p. 128 diese Anomalien Zwangsvorstellungen genannt werden, nicht gekannt, da er (p. 19 seiner Arbeit) erwähnt, dass *Westphal* den Namen „Zwangsvorstellungen" (1877) vorgeschlagen habe.

Eine gerichtlich psychiatrische Expertise im 18. Jahrhundert. Arch. ital. per le malat. nerv. Mai.

Beneficiat Tizio hat die Verpflichtung wöchentlich 4 Messen zu lesen. Er kommt dieser Verpflichtung nicht ordentlich nach, dazu ermahnt, verspricht er alles Mögliche, aber er ist nach wie vor lässig und gesteht endlich, dass er bei Allem was er thun sollte, eine oft unüberwindliche Hemmung empfinde, während er zu anderen nicht beruflichen gleichgültigen Handlungen einen förmlichen Drang empfinde. Es wurde eine ärztliche Exploration von 4 Aerzten verfügt, um zu ermitteln, ob das ein krankhafter Zustand bei T. sei oder nicht. Auf diesen Befund hin sollte dann die theologische Fakultät bestimmen, wie es mit T. gehalten werden sollte.

T. ist ein hypochondrischer, schweigsamer Mensch von 24 Jahren.

Er bringt den grössten Theil der Nacht wachend zu, verlässt nur selten und Abends die Wohnung, hält sich fern von Zerstreuungen, Umgang mit Freunden. Wenn er einmal die Messe liest, braucht er dazu vor lauter Skrupulosität und Umständlichkeit mehr als $^3/_4$ Stunden. Er kommt unregelmässig und oft spät in der Nacht erst zum Essen. Nur mit grösster Anstrengung, unter sonderbaren Geberden und unarticulirtem Schreien gelingt ihm das Aufstehen vom Bett und das Niederlegen, überhaupt der Uebergang von Ruhe zur Thätigkeit. T. hatte eine nicht geistesgesunde Amme, schon im Convict fiel er durch sein träges verschlafenes Wesen auf. Die Experten finden in diesem Zustand (möglicherweise ein Fall von Irresein in Zwangsvorstellungen) die Züge des von *Bellini* als Melancholie geschilderten Krankheitsbildes und erklären die Krankheit des T. aus dem schädigenden Einfluss der Ammenmilch.

Kuby, Mittheilungen aus der gerichtsärztlichen Praxis. — *Friedr.*'s Bl. Heft 5.

Am 16. Juli 1876 Abends $4^3/_4$ wurde der neben seiner Frau zu Bett liegende Arbeiter F. vom Schwiegervater J. mit einer Erdhaue auf den Kopf geschlagen. F. erlitt eine Schädelimpression, war aphasisch, erholte sich jedoch. J. bekennt die That. Er habe mit dem Schwiegersohn, der ihm Alles zum Possen gethan, nicht gut gelebt. Als er ihn im Bett liegen sah, sei ihm plötzlich der Gedanke gekommen, den F. ums Leben zu bringen. Er habe gezaudert, überlegt ob er es thun dürfe. Da sei ihm unbeschreiblich zu Muth geworden, er habe eine Hacke geholt, zugehauen und sich dann sofort entfernt. Er habe im Zustand völliger Besinnungslosigkeit gehandelt, sei seit einiger Zeit kränklich, schlaflos, congestiv. F. bot in der Untersuchungshaft psychisch nichts Abnormes nach Angabe des Arztes. Vom 28. Januar bis 21. März 1877 wurde er in der Irrenanstalt beobachtet.

J., 55 J., scheint erblich disponirt, da seine Mutter oder Grossmutter irrsinnig war. Er war von jeher ein sonderbarer, grüblerischer, verschlossener, zu Schwermuth und Selbstunterschätzung geneigter, seiner Umgebung als psychopathisch erscheinender Mensch. Unglückliches eheliches Leben der Tochter, Streitigkeiten mit dem Schwiegersohn, der von ihm Geld erpressen wollte, ihm selbst mit dem Tod drohte, riefen eine tiefere Gemüthsstimmung hervor. Als im Lauf des Sommers ihm ein Kapital gekündet wurde, war F. vorübergehend ganz verwirrt. Seit Mai hatte sich sein Befinden erheblich verschlimmert. Er war schlaflos, versuchte dagegen Branntwein, arbeitete wenig mehr, wurde menschenscheu, lag viel im Bett und äusserte Lebensüberdruss, machte auch einen Selbstmordversuch mit Kalkessen, äusserte dabei „ich will hin werden, es ist Alles verloren, ich habe nichts mehr zu thun auf der Welt, ich kann nichts mehr arbeiten“. Er klagte über Brustdruck, Hinterkopfschmerz, war ganz verstört.

Am Tag der That war er noch mehr verstört. Er hatte schon wieder-

holt an ihre Ausführung gedacht. Die That fand vor Zeugen statt. Nach derselben zeigte er grosse Gedrücktheit und Lebensüberdruss, war gleichgültig, reuelos. Auch in der Haft bot er das gleiche Verhalten. Die Aussicht auf Strafe liess ihn gleichgültig. Er wollte am liebsten sterben. Ueber den Streit mit dem Schwiegersohn sei er schwermüthig geworden und dieser Zustand sei ärger geworden, nachdem ihm jener mit dem Messer gedroht habe. Als er die That begangen, sei es in seinem Kopf nicht richtig gewesen. In der Irrenanstalt war F. düster, apathisch, lebensüberdrüssig.

Das Gutachten erklärt: F. bot schon längere Zeit Gemüthsverstimmung mit Selbstunterschätzung und Selbstmordneigung.

In den letzten Wochen trat eine Steigerung des Gemüthsleidens durch stärkere Affecte der Sorge und Furcht vor Verfolgung durch den Schwiegersohn auf. Die That wurde unter dem Einfluss eines krankhaften, die freie Willensbestimmung aufhebenden Geisteszustands begangen. Verf. schloss sich diesem Gutachten an und nahm an, dass die That in einem Raptus mel. begangen worden sei.

Auch in der Folge bot F. die Zeichen eines melancholischen Zustands.

Die Staatsanwaltschaft verlangte vom Medicinalcomité ein Obergutachten.

F. kam neuerdings in die Irrenanstalt. Er bot einen Herzfehler, klagte, dass früher heftige Präcordialangst ihn heimsuchte mit secundärem Stillstand des Herzens, war nach wie vor gedrückt, leutscheu, melancholisch. Seit Mai 1876 sei er freudlos, menschenscheu, ängstlich gewesen, schlaflos, habe nur an Selbstmord gedacht, wiederholt solchen versucht, die schrecklichsten Gedanken gehabt, sich umzubringen, das Haus anzuzünden. Später, über eine Aeusserung F's., er drehe ihm noch einmal das Messer im Ranzen um, sei es ihm gewesen, als trachte ihm dieser nach dem Leben. Zeitweise sei es ihm leichter gewesen. Bei Steigerungen der Angst habe er Schmerz im Hinterkopf und Globusartiges Zusammenschnüren im Hals empfunden und sei ganz verwirrt im Kopf gewesen. So war es ihm auch zur Zeit der That, für die er nur eine summarische Erinnerung besitzt. Der Tenor des Obergutachtens ist der gleiche. Darauf wurde endlich das Verfahren gegen J. eingestellt.

Robertson, Ein Fall von simulirtem Irrsinn. — J. of ment. sc. Oct.

Am 31. August Nachts 10 Uhr erstach ein gewisser Dolan einen gewissen Dwin ohne Anlass, rannte dann fort, lief 4 Tage planlos in der Gegend herum bis er verhaftet wurde. Beim Verhör gab er seine Personalien richtig an, machte aber unrichtige Angaben über die der That vorausgehenden Umstände, behauptete angefallen worden zu sein und nicht zu wissen, dass er mit dem Messer zugestochen habe. Er sei betrunken gewesen.

D. ist thatsächlich Gewohnheitstrinker und es ist glaubhaft, dass er angetrunken war.

Am 4. Tage der Haft wurde D. aufgeregt, unstät, rannte mit wildrollenden Augen und knirschenden Zähnen in der Zelle herum, warf Waschkrug und Becken nach seinen Mitgefangenen, machte Angriffe auf sie, steckte die Füsse in den Leibstuhl. Man musste ihn beschränken. Nach 10 Tagen wurde er ruhiger, bekam aber noch zeitweise seinen Sturm. Er hatte zweimal sich zu erhängen versucht, auch ein Gefäss mit einem gefärbten Wasser, das man ihm als Gift vorgesetzt hatte, zur Hälfte ausgetrunken. Er schlief und ass gut. Als ihn *Robertson* Ende November sah, schien er furiös und incohärent, gab aber, als man ihn fragte, ganz geordnete Antworten. Noch auffallender war, dass er vernünftig nach Entfernung des Arztes über die von diesem gestellten Fragen mit einem Mitgefangenen gesprochen hatte! Auch die mit einem solchen Anfall von furioser Manie sonst verbundenen körperlichen Störungen, Schlaflosigkeit etc. fehlten. Er war nur zur Zeit der ärztlichen Visiten so erregt und studirte offenbar den Eindruck den sein Benehmen auf den Arzt machte. Das Ganze machte den Eindruck der Simulation. D. ist 35 Jahre alt, geistig beschränkt, jedoch verschlagen und verkommen. Sein Schädel ist ohne Abnormität. Später sah ihn Dr. *G.* D. war ruhig, machte aber den Eindruck der Simulation und wollte von Manchem was er kurz vorher gesagt und gethan, nichts mehr wissen. Kurz vor der Verhandlung gestand D., dass er auf Rath eines Mitgefangenen Simulation versucht habe. Er wiederholt dieses Bekenntniss, bat sich aber nun einen Vertheidiger aus. D. wurde des Mordes für schuldig erkannt und zu 15 J. verurtheilt. Auf den Geisteszustand der That wurde nicht weiter eingegangen. Erwiesene Symptome von Alkoholismus chronicus, der Umstand, dass D. in früheren Berauschungen sich aufgeregt, gereizt und gefährlich gezeigt hatte, seine geistige Beschränktheit hätten seinen Geisteszustand zur Zeit der That, abgesehen von fehlendem äusserem Motiv, die besonderen Thatumstände, der angeblichen Amnesie, genauer ermitteln lassen sollen.

Burckhardt, Ein Fall von Brandstiftung (epilept. Irresein). — Correspbl. f. Schweizer Aerzte. 15. Sept. No. 18.

Am 24. Februar 1881 Morgens 1 Uhr ging das den Brüdern A. gehörende und von AA. und der Wittwe B. nebst Sohn Johannes bewohnte Wohnhaus in Flammen auf. Zu gleicher Zeit brannte es im Nachbarhaus. Hier wie dort waren in der Einfahrt liegende Strohwellen in Brand gerathen. Das Feuer war offenbar gelegt. Der Verdacht lenkte sich sofort auf den bei Ausbruch des Brandes nicht vorgefundenen Johannes. Er hatte tagüber nichts Auffälliges geboten, sich früh schlafen gelegt, war um Mitternacht in's Zimmer der Mutter gekommen, hatte an die Wanduhr geleuchtet, gesagt „jetzt ist's zwölf Uhr“, war dann wieder in sein Zimmer gegangen und nicht

mehr zum Vorschein gekommen. Später wurde constatirt, dass er die Brände angezündet hatte und dann in den Wald gelaufen war. Morgens 7 Uhr stellte er sich in T. dem Landjäger, erzählte den ganzen Hergang mit der Bemerkung, da habe er was Dummes gemacht. J. galt als gutmüthiger freundlicher Mensch, weder Zorn noch Trunkenheit waren im Spiel, er hatte sich selbst durch den Brand sehr geschädigt, ein rachsüchtiges Motiv konnte nicht aufgefunden werden.

J. erschien in der Beobachtung geordnet, religiös, offen. Nur zeitweise wurde er verdrossen, einsilbig, hielt sich abseits, verbarg den Kopf in Arme oder Hände, es ging dann wie eine Wolke über sein Gesicht, er griff sich dabei wohl an den Kopf, strich sich die Stirn, kam dann bald wieder zu sich und wusste nicht recht anzugeben was mit ihm vorgegangen sei. Solche Anfälle von Verstimmung und Versunkenheit hatte er auch öfters daheim gehabt.

J. galt als arbeitsscheu. In der Beobachtung im Irrenhause war er das Gegentheil. Seine Arbeitsscheu war Arbeitsunfähigkeit. Vor 4 Jahren hatte er einen schlagartigen Anfall erlitten. Er sprach damals verwirrt, kam in's Spital, verliess es nach einiger Zeit nicht völlig hergestellt. Sein früherer Dienstherr erkannte, dass er an Körper und Geist geschwächt war, oft ganz verkehrt sprach. Er schickte ihn heim, wo nun J. taglöhnerte. Die Beobachtung ergibt bei erhaltener grober Muskelkraft, erschwerte Gebrauchsfähigkeit und mässigen Schwund der l. Extremitäten und Rumpfhälfte. Die Functionsstörung lässt sich sicher auf eine Erkrankung im centralen Nervensystem zurückführen. J. ist schwachsinnig, sein geistiger Besitz todtes Capital. Seine strafbare Handlung läugnete er weder noch beschönigte er sie, sie war ihm etwas Fremdes, Unbegreifliches. Auch um ihre Folgen sorgte er sich nicht. Einen eigenen Willen zeigte er nicht, that was man von ihm verlangte. Zeitweise klagte er Unwohlsein, Schwindel, Unklarheit, unangenehmes Gefühl, Druck im Kopfe, Müdigkeit in den Gliedern, hatte keine Lust zur Arbeit, sah blass, verstört aus, erschien unklar, verworren in seiner Gedankenbildung. Zuweilen schwätzte er Nachts, dämmerte herum, focht mit der Hand in der Luft, murmelte vor sich hin. Er wusste am anderen Tage übrigens von solchen Vorgängen.

Er hatte ferner Zeiten, wo er wie nach Athem rang, einen ängstlich verzogenen Gesichtsausdruck zeigte, über ein eigenthümlich unheimliches Gefühl auf der Brust klagte, offenbar ein Angstgefühl. Dazu fanden sich Zeiten, wo er dämmerhaft im Bewusstsein war, zwar noch Sinnesbewusstsein hatte, aber wie ein Automat handelte. Es war nur eine Trübung des Bewusstseins, die Erinnerung mangelte hinterher nicht.

Solche Angstgefühle und traumartige Umneblung des Bewusstseins kamen in den letzten Jahren ab und zu, in der Zeit der That aber intensiver und anhaltender vor. J. giebt ganz bestimmt an, es habe ihn etwas getrieben, das Haus anzuzünden und dasselbe auf unerklärliche Weise „bedrückende" Etwas habe ihn vom Brand weg nach T. getrieben. Unterwegs

scheint dasselbe vergangen zu sein. Aus diesen Thatsachen ergiebt sich der Verdacht auf Epilepsie. Thatsächlich hat vor Jahren J. einmal einen epileptischen Insult erlitten und wahrscheinlich in grösseren Pausen in der Folge weitere Anfälle gehabt. Die allerdings kurze Beobachtungszeit liess keine ermitteln, aber die sonstigen anfallsweisen Zustände müssen als Symptom einer sog. Epil. larvata gedeutet werden und das Fortbestehen des Bewusstseins dabei spricht im Hinblick auf neuere Fälle, wo bei Epileptischen solches constatirt wurde, jedenfalls nichts gegen die Richtigkeit dieser Annahme. Immerhin ist die jeweilige Erinnerung J.'s nur eine summarische, für einen gewissen Zeitraum, in welchen die That fiel, sogar eine defecte. Er hat nur die dunkle Erinnerung, von etwas Unheimlichem, Grauenhaftem getrieben worden zu sein. Offenbar war es ein Angstvorgang auf epilept. Grundlage, der zur befreienden That drängte.

Die Epilepsie kann in Alkoholismus des Vaters sowie in der Hirnkrankheit von 4 J. ätiologisch begründet sein.

J. wurde nicht verurtheilt und in einer Irrenanstalt internirt.

Dr. *Rousseau*, Beitrag zur Lehre von der Brandstiftungsmonomanie. — An. méd.-psych. Nov.

1. Prämenstruale psychopathische Zustände zur Zeit der Pubertät. 2 Brandstiftungen.

Die 16jährige Plessis, nicht belastet, geistig und körperlich gut entwickelt, hat am 7. Febr. 1877 im Hause ihrer Dienstgeberin, am 24. März 1878 im Hause ihrer Eltern, eine Brandstiftung begangen. Sie läugnete anfangs, gestand dann. Ein Motiv war nicht aufzufinden. Im Gefängnisse wurde sie verstimmt, drückte sich in den Ecken herum, wiegte sich automatisch auf dem Stuhl, klagte Langeweile, Ohrensausen, Taed. vitae.

Das Verbrechen erschien unerklärlich. Man constatirte, dass mit den Daten der Brandstiftungen das 1. und 2. Auftreten der Menstruation zusammentraf. Der ersten Menstruation gingen 3 Tage geistige Verstimmung, Langeweile, heftige Angst, allgemeines Unwohlsein, heftiger Kopf- und Leibschmerz voraus. Nachts Schlaflosigkeit, imperative Stimme Feuer zu legen. Sie wehrte sich 24 Stunden dagegen, unterlag endlich dem Antrieb. Da trat die Periode ein und alle Beschwerden waren verschwunden. Die zweite Menstruation war ohne solche vorübergegangen. Bei der dritten prämenstrual dieselben Leiden, jedoch dauerte die Angst während der ganzen Zeit der Periode an. Bei der ärztlichen Untersuchung fand sich allgemeine Anästhesie der Haut und der Schleimhäute mit erloschenen Reflexen. Sie wurde vom Juni 1878 bis Mai 1879 in der Irrenanstalt ärztlich beobachtet. Bis zu Ende 1878 noch mehrmals prämenstruale Aufregungszustände mit zerstörenden Akten, jedoch nie mehr mit Antrieben zur Brandstiftung. Die allgemeine Anästhesie dauert an. Mit den Menses am 12. März 1879 schwinden

plötzlich die Anästhesien. Die folgenden Menses gehen ohne Störung v
über. Die Genitalien bieten keine Abnormität.

2. Analoger Fall.

Vom 13. Mai bis 3. Juni 1877 fanden drei Scheunenbrände im D
statt. Anonyme Briefe, welche eine Dienstmagd Garnier vor dem H
gefunden hatte, lenkten den Verdacht auf einen gewissen M., bald aber
die G., die als die Schreiberin der Briefe erkannt wurde. Sie gestand
der Motivirung, dass sie aus Aerger über erhaltene Verweise die Brä
gelegt habe. Die Vertheidigung stellte die Zurechnungsfähigkeit in
Die G. wurde gerichtsärztlich untersucht.

Sie ist 17 Jahre alt, seit dem 16. Jahre menstruirt, aus gesunder Fami
körperlich gut entwickelt. Die Menses waren immer mit Schmerzen, B
wallung zum Kopf verbunden gewesen, welche Beschwerden wiederholt
Nasenbluten gewichen waren. Die G. ist geistig beschränkt, der moral
Sinn gut entwickelt. Sie bereut ihre Handlungen, widerruft ein rach
tiges Motiv, behauptet damals geistesverwirrt gewesen zu sein.

Am 13. Mai und 5. Juni 1877 hatte sie die Menses gehabt, am 13
und 3. Juni 1877 angezündet, am 5. Juni die Denunciationsbriefe geschr

In der Nacht vom 12./13. Mai war sie über einen schrecklichen T
erwacht. Sie verliess zitternd das Bett, bekam dann heftigen Kopfschm
sah Flammen, es siedete in den Ohren, dann hörte sie mit dem Tod droh
Stimmen. Die Nacht verging schlaflos. Sie konnte Morgens vor heftig
Schmerz in der Herzgegend nicht aufstehen. Am 13. Morgens Menses
Steigerung der Beschwerden, heftiger Angst, Reminiscenzen von Sch
lektüre. Die Frau giebt ihr am gleichen Tage einen Verweis. Da
fällt ihr die Erzählung eines Brandes auf einem Zeitungsfetzen in die H
Sofort Zwangsvorstellung auch anzuzünden. Sie kämpft dagegen, unterli
aber bald. Erst einige Stunden nach der Brandstiftung schwinden
nervösen Zustände, es drückt sie nun das Gewissen. Bis zum 3. J
nichts Besonderes ausser leichtem Kopfschmerz.

Am 3. Juni Anstrengung am Feuerheerd. In Folge dessen Fluxion
zum Kopf. Wiederkehr desselben Zustands wie vom 12./13. Mai. Als
Abends in der Scheune mit Licht zu thun hat, packt sie wieder der G
danke Brand zu stiften. Sie führt ihn aus. Die Nacht über Gewissens
Angst, aber frei von Stimmen. Am 5. mit Eintritt der Regeln, Beängst
sieht den M. vorbeigehen und schreibt einen Brief, in welchem sie
wegen Brandstiftung denuncirt. Am 6. unter Fortdauer des psychopath
Zustands neue briefliche Denunciation, Delir verletzt zu sein. Am 7.
eine Nasenblutung den ganzen krankhaften Zustand ein Ende. Im G
fängniss keine psychopathischen Symptome bis auf zwei transitorische
anfälle mit heftiger Congestion. Die Menses regelmässig und ohne B
schwerden. Vom October 1878 bis Februar 1879 in unregelmässigen
vallen, während gleichzeitig die Menses fehlen (?) mehrere hallucina
delirante Aufregungszustände. Am 27. Februar 1879 Wiederkehr der

ses. In der Folge grosse schmerzliche Hemmung und Mutismus. Die Anfälle werden seltener. Pat. wird im Juni 1879 genesen entlassen.

Funaioli, Secundärer Blödsinn. Mord. — Riv. sperim. VII. J. Fasc. IV.

Am 1. Juli 1880 Vormittags 11 Uhr gingen zwei Jungen von 11 und 8 Jahren übers Feld Frösche fangen. Ein gewisser P., genannt „der Narr vom Berge“, der gerade auf dem Feld arbeitete, ging ihnen nach, holte sie in einem Graben ein, warf mit den Worten „Ihr Hundesöhne“ ihnen Steine nach, verfolgte die erschreckten Knaben, holte den kleineren ein, schlug ihm mit der Hacke solange auf den Kopf bis er bewusstlos dalag. Die That fand vor Zeugen statt. P. ging ruhig seiner Wege, that daheim wie wenn nichts vorgefallen wäre und wurde Abends, als er schon schlief, verhaftet. Er gestand die That, bezeichnete sie als ein Missgeschick wie es eben vorkommen könne.

Da P. im Irrenhause gewesen war und den Spitznamen „der Narr“ hatte, erfolgte eine ärztliche Exploration. P. ohne erbliche Anlage, war vom Juni bis September 1860 (im 24. Jahre) an Melancholie im Irrenhause behandelt worden. Angeblich genesen, erschien er jedoch in der Folge sonderbar, öfters aufgeregt und hatte seinen Angehörigen schon längst Sorge gemacht, er könne etwas anstellen. Ihrem Antrag, ihn in ein Irrenhaus zu thun, war keine Folge gegeben worden. Am Morgen der That bemerkte eine Nachbarin, dass er wieder einmal aufgeregt war und unheimlich dreinschaute. Die ärztliche Untersuchung ergab secundäre Dementia. Interessant war nur, dass er in der Folge ein Wissen von seiner That, die er doch im Verhör anerkannt hatte, leugnete, während er sonst ungetrübtes Gedächtniss zeigte. Epilepsie konnte ausgeschlossen werden. Der Verdacht auf fälschlich behauptete Amnesie bestätigte sich damit, dass P. später seine That mit allen Details wieder preisgab. Er habe sich geärgert, dass die Knaben ihm über das frisch eingesäte Feld liefen. Keine Reue, keine Einsicht für die Schwere der That. Als gemeingefährlich der Irrenanstalt übergeben.

Legrand du Saulle, Gutachten über einen Mörder. — Ann. d'hyg. publ. Dec.

Lemaitre, Lehrling, geb. 1866, ist der Sohn einer an schwerer hysterischen Neurose leidenden Mutter, deren Vater in Irrsinn starb. Er bietet keine anatomischen Degenerationszeichen, war immer gesund und ist ohne epileptische Antecedentien. Er ist geschlechtlich normal entwickelt, war nie der Onanie ergeben. Obwohl gut begabt, lernte er wenig und verliess schon im 12. Jahre die Schule. Er war ein reizbarer, sonderbarer, schweigsamer Charakter, zeitweise nervös. Er hatte in verschiedenen Geschäften

ohne sich etwas zu Schulden kommen zu lassen gedient; seine Hauptpassion war die Lektüre von Schauerromanen und Criminalgeschichten gewesen. Am 15. Febr. 1881 schickte ihn sein Herr fort 200 Frcs. einzukassiren. Er behielt das Geld, kehrte nicht heim, kaufte sich Kleider, miethete ein Zimmer, ging ins Theater, empfand auch vorübergehend Gewissensbisse über seine unehrliche Handlung. Am folgenden Morgen bummelte er herum, kaufte sich ein Messer, das zu besitzen er schon lange Lust hatte. Er verbummelte die folgenden Tage, trieb sich Abends im Theater herum, dachte gelegentlich an seinen Herrn und seine Mutter, fing an sich zu langweilen, frequentirte nicht Wein und Weiber, für die er nie eine Neigung hatte, rauchte aber stark.

In der Nacht vom 22./23. Febr. fühlt er sich unwohl, gelangweilt, kann den Schlaf nicht finden und bringt die Nacht lesend und rauchend zu. Am 23. Kopfweh, legt sich zu Bett. Am 24. und 25. geht sein Geld auf die Neige, er möchte wieder zur Mutter heim, geht zu einem Onkel, um dessen Vermittelung einer Rückkehr anzusuchen, findet ihn nicht daheim. Nachmittags auf der Strasse, fühlt er sich schlecht im Kopf, Alles dreht sich mit ihm, sieht Alles in rother Farbe, in den Ohren rauscht es, die Sprache stockt ihm, die Kehle ist trocken. Er hat das Gefühl zu fallen, der Kopf wirbelt ihm. Er fühlt sich als ein ganz Anderer, es ist wie eine „stille Wuth“ in ihm. Da steigt ihm der Gedanke auf, Jemand zu tödten. Er bekämpft ihn, geht heim, versucht mit Lesen und Rauchen diesen Impuls zu verdrängen. Er fühlt sich sehr erregt. Endlich überwältigt ihn der Gedanke zu tödten. Er legt das aufgeklappte Messer in die Schublade, geht auf die Strasse, schlendert dort eine halbe Stunde herum, lockt endlich einen 6jährigen Knaben zu sich auf sein Zimmer, bindet ihm die Hände auf den Rücken, verstopft ihm den Mund, legt ihn aufs Bett, fieberhaft erregt, zähneklappernd, blutdürstig. Er knöpft dem sich nicht wehrenden Knaben die Kleider auf, verdeckt ihm mit der Hand die Augen, sticht ihm zweimal in den Leib, schneidet ihm dann die Kehle durch und erschrickt als er Blut sieht. Verwirrt, das Bild des gemordeten Knaben vor dem geistigen Auge, rennt er an zwei Stunden herum, geht zum Onkel, theilt ihm mit, dass er gemordet habe. Dieser will es nicht glauben, geht eine Strecke mit ihm. L. trennt sich von ihm, um sich bei der Polizei zu melden. Gegen Mitternacht erscheint er dort, voll Schlaf und ganz erschöpft.

Das Gutachten widerlegt die Annahme eines epilept. psych. Ausnahmezustands. Von Epilepsie fehlt jede Spur und die That ist praemeditirt. Die Erinnerung ist treu. Auch für ein anderweitiges transitorisches Irresein spricht Nichts. Für eine erbliche Belastung fehlen alle Anhaltspunkte. Die Beobachtung ergibt nichts Psychopathisches. Aber die Zurechnungsfähigkeit erscheint ein wenig vermindert mit Rücksicht auf gewisse hereditäre prädisponirende Umstände, das jugendliche Alter und die ungewöhnlichen Thatumstände. Verurtheilung zu 20 Jahren Kerker.

Passow, Schädeldifformität und psychische Entartung. — Viertelj. f. ger. Med. N. F. XXXV. H. 1.

A. 19 J. steht wegen Diebereien in Untersuchung. Die Eltern erheben Einsprache gegen seine Zurechnungsfähigkeit. Das Physikatsgutachten erklärte A. für geistesgesund und zurechnungsfähig. Verf., vom Vertheidiger aufgefordert zur Begutachtung, kommt zu anderen Resultaten.

A. stammt von gesunden Eltern, ist Zwillingskind. Der Zwillingsbruder war wasserköpfig und starb ein Jahr alt an Krämpfen. A. war immer kränklich, scrophulös. Er ist in der Entwicklung zurückgeblieben, von knabenhaftem Habitus. Der Stirnschädel ist im Querdurchmesser verengt (Masse leider nicht angegeben), seine beiden Hälften ungleich; Compensationen bestehen nicht. Ein Arzt diagnosticirte in frühem Alter bei dem A. Wasserkopf und liess Pustelsalbe einreiben, woher eine Hautnarbe datirt. Die vorgefundene Schädelanomalie erweckt Vermuthungen im Sinn einer organischen Belastung und psychischen Entartung. Diese wird nachgewiesen durch geistige Beschränktheit, krankhafte Gemüthserregbarkeit, Alkoholintoleranz, abnorme Charakterentwicklung. Er bleibt auch heranwachsend ein grosses Kind, ohne tiefere Empfindung, ohne rechtes Ziel und Streben; weiss keinen rechten Gebrauch von Geld zu machen, vergeudet es über seine Verhältnisse hinaus, verliebt sich, abnorm früh schon geschlechtsbedürftig, in eine verheirathete Frau, die seine Mutter sein könnte, mit einer unsinnigen Leidenschaft; er stiehlt, als seine Mittel zu Geschenken für den Gegenstand seiner Leidenschaft nicht ausreichen, Alles mögliche zusammen, verschenkt davon, macht Anderes zu Geld, das er vergeudet, benimmt sich höchst läppisch bei der Entdeckung, plant Selbstmord, schreibt einen überaus läppischen, schwülstigen, exaltirten Abschiedsbrief an die Mutter, worin er ihr den Gegenstand seiner Liebe als Tochter vermacht, ohne Reue, überhaupt ein ethisches Gefühl bezüglich seiner Diebereien zu erkennen zu geben. Sein Empfindungs- und Vorstellungsleben erweist sich tief verkehrt. Heimgeholt und von den Eltern wegen seiner Streiche hart bedrängt, droht er Selbstmord, versucht sich auch allen Ernstes zu erhängen, dann Geld zu erschwindeln um nach Amerika zu gehen. Die Eltern erfahren mittlerweile alle Streiche des Sohnes. Neue Scene. Grosse Aufregung. Abends Rückkehr zu den Eltern. Nach erbetener und erhaltener Verzeihung trinkt er eine Flasche mit 100,0 Chloroform aus, die er sich in raffinirter Weise in der Apotheke erschwindelt hat. Er wird gerettet und zeigt nun läppische Todesfurcht, kindisches, kleinmüthiges Benehmen. Von Exaltation keine Spur mehr, ebensowenig aber eine Einsicht für seine Streiche, geschweige Reue, überhaupt eine moralische Empfindung.

Das Gutachten erweist den psychischen Entartungszustand und schliesst darauf dass

1. A. mit einer krankhaften Organisation des Gehirns belastet, überhaupt für vermindert zurechnungsfähig zu erklären sei.

2. dass seine Zurechnungsfähigkeit zur Zeit der begangenen Diebstähle aufgehoben war und zwar in Folge eines einer Geistesstörung gleichwerthigen, auf der krankhaften Organisation seines Gehirns beruhenden Exaltationszustandes.

Danner und *Legrand du Saulle*, Gutachten über den Geisteszustand eines Diebes und Mörders. — Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég. Oct.

Morisset 23 Jahr, Notarschreiber, verlor im zweiten Jahre seine Mutter. Er stammt aus nicht belasteter Familie. Seine Erziehung war eine gute. Ausser an Rötheln niemals krank gewesen. Er war intelligent, mässig, aber von stolzem, finsterem, reizbarem Charakter, er hatte eine lebhafte Phantasie und las gern. Noch im Knabenalter hatte er einmal, vom Vater hart getadelt, an Selbstmord gedacht, mit 17 Jahren in Folge einer sentimentalen melancholischen Anwandlung, auf sich geschossen und sich ins Wasser gestürzt, „weil das Leben keine Aussicht bot". Er schwamm selbst an Land und genas bald von seiner Schusswunde. M. kam dann ins Geschäft zum Notar G., wo er bis Juni 1881 blieb. Er träumte davon Schriftsteller zu werden, machte viel Verse, wollte hoch hinaus, eine politische Carriere erringen, vielleicht gar Gesandter werden, merkte aber mit der Zeit, dass dieses Ziel unerreichbar sei, suchte die Ursache aber nicht in sich, sondern in der Gesellschaft, entwickelte Weltschmerz und Welthass, las mit Vorliebe Schillers Räuber, wurde immer verschrobener in seinen socialen und sittlichen Anschauungen, leugnete Gott, Willensfreiheit, moralische und rechtliche Verantwortlichkeit etc. Seit September 1880 hatte er begonnen die Casse seines Herrn zu bestehlen, im Ganzen 7000 Fres. entwendet und grösstentheils mit liederlichen Weibern vergeudet. Das Eigenthum meinte er sei Diebstahl, der Fabrikant bestehle den Arbeiter, die Gesellschaft bestehle sich gegenseitig, warum solle er da nicht auch an seinem Herrn sich rächen und ihn bestehlen! Später gedachte er ihn zu ermorden. Im November 1880 kaufte er sich einen Revolver um G. und noch einige Andere zu tödten, wenn die Diebstähle einmal entdeckt wurden. Anfang Juni schöpft man Verdacht und entlässt ihn. Er setzt seine ausschweifende Lebensweise fort, sucht sich aber in den Augen der Welt keine Blösse zu geben. Am 17. Juni Abends trifft ihn der erste Schreiber des Notars und deutet ihm an, er könne sich auf Arretirung gefasst machen. M. geht zu Tisch, dann heim, versieht sich mit seinem Revolver, trifft Abends 9 Uhr eine Gruppe lustiger Leute, die ein Lied singen, meint zu hören „packt ihn" und schiesst ohne Weiteres auf jene sechs Schüsse ab, verwundet zwei, geht gelassen weiter, ladet wieder den Revolver, trifft einen Unbekannten auf einer Bank sitzend, schiesst diesen in die Brust. Der Verwundete ringt mit ihm, M. schiesst ihm in die Hand. Als Leute kommen, ruft er „Mörder, zu Hülfe", wird aber verhaftet. Im Verhör erklärt er, er

habe Gefängnisstrafe (wegen Diebstahls) gefürchtet, die Todesstrafe vorgezogen. Die Verwundung der jungen Leute hätte ihm nur Gefängnisstrafe eingetragen, da habe er lieber um sicher zu gehen einen Unbekannten ermordet, zumal da er nicht wusste, ob er noch Zeit habe seinen früheren Herrn zu erschiessen, geschweige gewisse andere Leute, die ihn gekränkt hatten und denen er auch gerne das Lebenslicht ausgeblasen hätte. Die Laufbahn eines Lacenaire schwebte ihm vor. Er dachte sich offenbar, da er sich zu etwas Grossem berufen fühlte, wenigstens ein Monstreverbrecher zu werden, da er als Schriftsteller kein berühmter Mann werden konnte. Die psychiatrische Expertise dieses Menschen ergab ein vollkommen negatives Resultat, scheint sich jedoch auf eine rein psychologische Untersuchung beschränkt zu haben. M. zeigte keine Reue. Er sah ein, dass ihm die Todesstrafe gebühre. Irrsinn wollte er nicht gelten lassen. Der abnorme Charakter wurde im Sinne mildernder Umstände geltend gemacht. Der Gerichtshof fällte ein Todesurtheil. Die Geschworenen reichten ein Gnadengesuch ein.

Motet, Gutachten über einen des Mordversuchs Angeschuldigten (subacuter alkohol. Verfolgungswahn). — Ann. méd.-psych. Nov. p. 470.

G. 62 Jahre, Wächter in einer Passage, ein ruhiger, unbescholtener Mann, dem Niemand ein Verbrechen zugetraut hätte, steht unter der Anklage eines Mordversuchs.

Einige Wochen vorher hatte G. zur Verhaftung einer Dame in der Passage beigetragen. Es scheint die Dame ungerechtfertigt arretirt worden zu sein, die Presse hatte sich der Sache bemächtigt, die Handlungsweise des G. sehr getadelt.

G. wurde in Folge dieser öffentlichen Blosstellung, ängstlich erregt, verlor Schlaf und Appetit, er fing an zu fiebern, delirirte von Verhaftung, Gericht, Verfolgung, Duell, Verwundung. Nach einigen Tagen ist dieser hallucinatorisch delirante Zustand vorüber, G. nimmt seinen Beruf wieder auf, aber er ist misstrauisch, fühlt sich verachtet, es ist gegen ihn etwas im Plan. Eines Morgens geht er zu einem Collegen ins Zimmer, mit einem Revolver bewaffnet, behauptet, dieser habe ihn in letzter Nacht verrathen und legt auf ihn an. Er wird entwaffnet und verhaftet.

Mit Recht macht Verf. auf das Ungewöhnliche des Falls aufmerksam, insofern gewöhnliche Kranke mit Verfolgungswahn nicht so früh aggressiv werden. G. war ein Trinker. Die Gemüthsbewegung, welche er erfuhr, brachte einen subacuten (alkohol.) Verfolgungswahn shokartig in dem geschwächten Gehirn hervor. Für die alkoholische Entstehungsweise sprechen eben der acute Verlauf der Krankheit, die nächtlichen Exacerbationen, die Schlaflosigkeit, die massenhaften Hallucinationen, speciell des Gesichtssinns und schreckhaften Inhalts. Offenbar waren Gehörhallucinationen das Motiv zur geplanten Gewaltthat. Nachweis der geistigen Störung zur Zeit der That.

Passow, Geistesstörung, die Ursache zahlloser Vergehen. — Viertelj. f. ger. Med. N. F. XXXV. H. 1.

Interessanter, im Auszug nicht gut mittheilbarer Fall von Querulantenirresein, viele Jahre verkannt. Das Gutachten weist die Entwicklung des Falls auf Grundlage eines psychischen Degenerationszustands mit schwerer Verkümmerung des moralischen Sinnes nach. Aetiologisch ist der Fall interessant dadurch, dass keine erbliche Belastung, wohl aber ein mit drei Jahren erlittenes schweres Trauma capitis die psychische Degeneration herbeigeführt zu haben scheint.

Mordversuch an Weib und Kind (Verfolgungswahnsinn) begutachtet von *Nobele, Ingels, Vermeulen.* — Bull. de la soc. de méd. ment. Belg. No. 22.

Am 28. Juli 1880 brachte ein gewisser G., Hausirer, seiner bereits im Bett liegenden Frau mehrere Stiche mit einem Küchenmesser bei, warf dann seinen schlafenden Sohn in eine Cisterne, half ihm wieder heraus, als er um Hülfe schrie, gab ihm frische Wäsche, suchte dann seine zur Schwester geflohene Frau zu bereden, dass sie mit ihm heimkehre, ging auf ihre Weigerung heim und legte sich mit dem Sohn in's Bett, in welchem er die Frau zu erstechen versucht hatte und schlief ein. Die Frau suchte, um den Mann zu retten, den Verdacht auf einen Unbekannten zu wälzen, aber man glaubte ihr nicht. G. wurde verhaftet und gestand. Der Geisteszustand wurde fraglich. Die Expertise ergab einen Verfolgungswahnsinn, in welchem ein Feldhüter und Concurrent, sowie Weib und Kind eine hervorragende Rolle spielten. Die That war ein Akt der Abwehr und Rache. Die Frau hatte, wie der hallucinirende G. meinte, ihn überall als Lump und Räuber verschrieen und in die Zeitung gegeben. G. läugnet jede Erinnerung an die That, obwohl er am Morgen nach derselben sich als Thäter dem Sohn gegenüber bekannte. Die Krankheit wurde als schon lange vor der That bestehend, durch Zeugen festgestellt. G. stammte von einem irrsinnigen Vater und war dem Trunke ergeben. Er wurde ausser Verfolgung gesetzt und einer Irrenanstalt übergeben.

Baume, Beiträge zur gerichtlichen Psychiatrie. — An. méd.-psych. Sept. Nov.

Verf. leitet seine Beiträge mit der Bemerkung ein, dass die schwerste geistige Störung durch ein geordnetes äusseres Wesen verdeckt sein kann und dass Prämeditation Unzurechnungsfähigkeit nicht ausschliesst. Als Beleg giebt er die Leidensgeschichte eines an persecutorischer Verrücktheit Leidenden, mit unerhörtem Drang zum Selbstmord behafteten, der gleich-

wohl während seiner schweren Krankheit nach kurzer Vorbereitung ein Staatsexamen machte und Jedermann gesund geschienen hatte.

Beob. 1. Mord der Ehefrau. Freisprechung. Geisteszustand während 11jährigen Aufenthalts im Irrenhause. Sectionsbefund.

Im Juli 1852 erschoss Schuster R., 25 J. alt, seine Frau. Ein Motiv war nicht zu finden, ebensowenig Spuren von Geistesstörung. Die Aerzte machten geltend, dass eine solche vorhanden gewesen sein müsse, konnten aber keine nachweisen. Die Schuldfrage wurde mit 6 Stimmen bejaht, mit ebensoviel verneint. R. wurde zur Beobachtung in's Irrenhaus gebracht. 2 Jahre lang war nichts Psychopathisches an ihm nachzuweisen. Er war beliebt als Schuster und Musiker, genoss volles Vertrauen.

Im Juli 1854 wurde er schlaflos, düster, sonderbar. Eines Tags stürzte er sich zum Fenster hinaus. Er gestand, dass er der Stimme eines Dämons, die ihn dazu genöthigt hatte, habe Folge leisten müssen. Es war dieselbe Stimme, die ihn zum Mord der Frau genöthigt hatte!

In der Folge wurden alljährlich gegen Ende des Sommers Anfälle von (periodischem) Irresein beobachtet. Er verlor plötzlich Appetit und Schlaf, wurde unstet, liess die Arbeit liegen, bot belegte Zunge und heisse Haut (angeblich Febris continua remittens), genas jedesmal auf Chininbehandlung nach 2—3 Wochen und bot intervallär nichts Krankhaftes. Der Anfall 1863 ging in Delir. acutum über und endete tödtlich. Die Section ergab Spuren von Meningitis und Verwachsung der Pia mit der Hirnrinde.

Beob. 2. Mord der Ehefrau und dreier Kinder. Geisteszustand während 30jährigen Aufenthalts im Irrenhaus.

P., 45 J., Handwerker, brav, guter Familienvater, hatte nur eine Sorge, dass seine Kinder einmal auf schlechte Wege gerathen könnten. Seit 14 Tagen war er düster und brütend geworden, wähnte sich verloren. Im Kummer, was aus seinen Kindern werden möge, gedachte er sie dem lieben Gott zu übergeben und erschlug sie sammt der Frau. Sein 6jähriges Kind liess er am Leben, da es einen braven Pathen habe. Er zündete sich nun seine Pfeife an, rauchte ruhig auf der Schwelle seines Hauses die Nacht durch und lud Morgens die Vorübergehenden ein, Todtenschau zu halten. P. blieb während der folgenden 30 J. ein ruhiger, fleissiger Arbeiter der Irrenanstalt. Bei dem Verhör hatte er mitgetheilt, dass er schon längere Zeit vor der That mehrtägige Zustände von Geistesabwesenheit hatte, in welcher er nicht wusste, was er that und Niemand kannte. Seit 8—9 Monaten habe er den Schlaf verloren gehabt und oft heftig an Kopfweh gelitten.

Beob. 3. Antriebe zum Selbstmord. Mord des besten Freundes. Freisprechung. Wiederaufnahme des Verfahrens. Verfolgungswahnsinn. Tod in allgem. Paralyse.

R., 46 J., Taglöhner, seit einiger Zeit an Verfolgungswahn leidend, schiesst seinen besten Freund, ihn als Feind verkennend, zusammen, will sich dann selbst erschiessen, stellt sich aber den Gerichten. Freisprechung. Die öffentliche Meinung protestirt. Wiederaufnahme des Verfahrens. Nach-

weis des Wahnsinns. Ruhiger Arbeiter im Irrenhaus. Nach 12 J. Tod an allgem. Paralyse.

Beob. 4. Mord. Selbstmorddrang. Gefährliche Drohungen. Freisprechung.

Alain, 28 J., Matrose, solid und brav, erkrankte an typhoider Pneumonie. In der Reconvalescenz wurde er Absynthpotator, bekam in der Folge heftige Anfälle von Irresein mit Selbstmord- und Morddrang. Am 25. Sept. 1862 schoss er ohne äusseres Motiv einen ihm fremden Schneider im Laden todt, ging heim, erzählte kaltblütig die That, ass zu Mittag und legte sich ruhig schlafen. Am andern Morgen schenkte er seinen Hauswirthen seine Habe und wollte sich den Gerichten stellen. Die Hausleute glaubten ihm jetzt erst die That, meinten, da thue er besser, sich selbst zu erschiessen. „Nein, wenn der Wein abgezogen ist, muss man ihn trinken! Ich habe getödtet und verdiene getödtet zu werden. Mein Beispiel wird für Andere nützlich sein.“ Im Gefängniss suchte er seine That als einen Akt der Rache hinzustellen, sich so schlecht als möglich zu machen und hatte nur den Wunsch auf's Schaffot zu kommen. Er stiess die schlimmsten Drohungen gegen die Gesellschaft aus.

Die Expertise ergab Insolation und Alkoholexcesse als Ursachen einer schon längere Zeit vor der That bestandenen Psychose. (Schlaflosigkeit, Angstzustände, schreckhafte Visionen, Bewusstseinsstörung, Appetitlosigkeit, Zähneknirschen, Delirien, Nothsucht und Mord begangen zu haben, Selbstmord- und Mordtriebe im Zusammenhang mit Delir und Hallucinationen (trunkfällige?), Entartung der Sitten und des Temperaments, beispiellose Rohheit und Gereiztheit). Der Gerichtshof nahm Anstand an dem Vorbedacht, mit welchem das Verbrechen begangen worden war, liess sich jedoch vom Experten belehren. Im Irrenhause verloren sich bald die psychischen Störungen, aber jedes Jahr im Februar fieberartiger kurzdauernder Zustand mit Schlaf- und Appetitlosigkeit.

Beob. 6. Mord mehrerer Kinder. Chlorose mit Angstanfällen und Hallucinationen. Verurtheilung.

F. B., 15 J. alt, Dienstbote, von tadelloser Vergangenheit musste schwer in schlechten Lebensverhältnissen arbeiten. Eine Erkältung, als sie zum erstenmal menstruirt war, unterdrückte den Menstrualfluss. Sie wurde erschöpft, chlorotisch, bekam nach einigen schlaflosen Nächten Alpdrücken und hörte eine teuflische Stimme ihr befehlen, sie müsse die ihr anvertrauten Kinder erdrosseln. Sie kämpfte gegen diesen Befehl, aber die Angstanfälle und Stimmen kehrten allmälig wieder. Da brachte sie nach einander die 3 Kinder ihrer Herrschaft um, indem sie ihnen Menschenkoth in den Mund stopfte, Arme und Beine brach, sie im Hals verletzte, sodass sie am Blut erstickten. Die B. beweinte die Kinder. Man schöpfte keinen Verdacht. Die B. hatte einen neuen Dienst angenommen, beim Verlassen des alten sich Spitzen und Stickereien angeeignet und getragen. Im neuen Dienst begann die B. sofort Kinder umzubringen. Ehe weitere Morde gelangen,

kam der Gendarm, um bei ihr Haussuchung wegen des Diebstahls zu halten. Als sie des Gendarm's ansichtig wurde, rief sie aus: „welche Fügung, dass ich verhaftet werde! ich hätte noch 50 geliefert". Da schöpfte dieser erst Verdacht. Die B. bekannte sich offen als Mörderin der Kinder mit der Bemerkung, dass diese jetzt glücklich im Paradies seien, sie sehe dieselben allnächtlich. Die Beobachtung im Gefängniss ergab angeblich nichts Pathologisches. Die B. wurde zu 20 J. verurtheilt. In der Strafhaft soll sie hallucinirt haben und sehr störend gewesen sein (Hysterismus?). Nach Cayenne deportirt, heirathete sie einen Sträfling, wurde Mutter, ermordete sofort ihr Kind und wurde mit demselben Messer, mit dem sie dieses getödtet hatte, vom Manne niedergestochen.

Beob. 7. Vergiftungsversuch einer geisteskranken Frau am geisteskranken Ehemann.

Aphoristisch mitgetheilter Fall und deshalb ohne weiteres Interesse. Dasselbe gilt für die folgenden, den heutigen Anforderungen an eine Expertise nicht mehr entsprechenden Fällen.

Fritsch, Forensische Casuistik. — Wiener med. Presse. No. 38 bis 41.

Veigl, 43 J., Schuster, hat in der Nacht vom 26./27. April 1881 seiner Frau und seinen 4 Kindern mit einem Küchenmesser tödtliche Halsschnittwunden beigebracht und sich dann an der linken Brustwand verletzt. V. war früher ein heiterer, braver, fleissiger Mann gewesen, der Frau und Kinder stets sehr geliebt hatte. Seit einer vor mehreren Jahren erlittenen Kopfverletzung war V. ein ganz anderer Mensch geworden, stumpf, schlafsüchtig. Er kam in der Arbeit nicht mehr recht vorwärts, hatte daran keine rechte Freude mehr. Er ertrug geistige Getränke nicht mehr gut, wurde gleich erregt, redselig, sodass man ihn nur den „närrischen Schuster" zu nennen pflegte. Seit mehreren Monaten war er nervös, schweigsam geworden, schlief schlecht, sass wie tiefsinnig herum, trank häufiger als früher Branntwein, äusserte gelegentlich Lebensüberdruss, war theilnahmslos, schlafsüchtig, beim Kartenspiel oft wie geistesabwesend, apathisch, hatte weder für Beruf noch für Familie mehr Interesse. Ab und zu meinte er selbst, er sei krank im Kopf, sehe schwarze Gestalten. Man hielt ihn schon längst für geisteskrank. In den letzten Monaten war der Verdienst begreiflicherweise geringer gewesen, auch hatte V. einen höheren Zins zu zahlen. Er behauptet, das sei ihm fortwährend im Kopf herumgegangen. Er habe gefürchtet, die Familie nicht mehr ernähren, den Zins nicht mehr aufbringen zu können. Schon vor 2 Monaten habe er gedacht, seine Familie und dann sich zu tödten, um allem zu erwartenden Elend vorzubeugen.

Einen rechten Versuch seine Stellung zu verbessern, hatte der geschwächte, abulische V. nicht gemacht. Hilfsquellen sich bei Ve

oder Freunden durch Borg zu verschaffen, hatte er als vermeintlich erfolglos theils verschmäht, theils nicht bedacht. Eine eigentliche Nothlage war für V. und seine Familie übrigens auch gar noch nicht vorhanden gewesen. Am 27. April hatte er sich ein taugliches Messer gekauft, zugleich einen Vorrath Leder, damit die Frau nicht auf seinen Plan komme. Er war tagüber herumspaziert, hatte nur $^1/_4$ Liter Wein getrunken. Als Abends Frau und Kinder fest schliefen, ging er kaltblütig und gleichmüthig an seine That, betäubte zuerst die Frau durch 2 Hackenhiebe, schnitt ihr dann den Hals durch, schnitt dann seinen Kindern im Schlaf den Hals ab, wartete bis Alle verblutet waren, legte sie dann wieder ordentlich in's Bett und stach sich dann mit beiden Händen in die Herzgegend, ohne besonderen Schmerz oder Gefühl der Furcht. Er legte sich dann auf's Sopha, war ohne alle Erregung, brachte die Nacht ruhig zu mit der Ueberlegung, wie er sich um's Leben bringe. Um 5 Uhr früh schloss er die Wohnung ab, um eine vorzeitige Entdeckung zu vermeiden, ging in die Branntweinschänke und holte sich unter der Ausrede, es sei für einen fremden Herrn, eine bedeutende Quantität Schnaps, um sich zum Selbstmord Courage zu trinken. Nachdem er zu Hause die Hälfte des Schnapses getrunken, schwand ihm das Bewusstsein und kam er erst wieder im Inquisitenspital zu sich. Er war beruhigt, weil er Frau und Kinder gut aufgehoben wusste und keinen anderen Ausweg gehabt habe. Er sah ein, dass er Strafe gewärtige, blieb aber ganz gleichmüthig. Auch in der Folge stumpfes, gleichgiltiges Verhalten. Gemüthlich stumpf, intellectuell geschwächt, erschwerte Erinnerung für erst kurz Erlebtes. Schlaffe Haltung, demente Miene, Myosis, leichte Facialislähmung rechts, Zittern der Zunge, der Hände, lähmungsartige Schwäche der Fingerstreckmuskeln rechts, Verminderung des Patellarreflexes rechts. Starker Panniculus adiposus.

Das Gutachten hebt die seit Monaten aufgetretene psychologisch nicht motivirte Aenderung des Charakters, des geistigen Wesens und Leistens des V. hervor, seine gemüthliche Abstumpfung, seine Abulie, seine unmotivirte, in wirklicher Nothlage jedenfalls nicht begründete gemüthliche Gedrücktheit, die allgemeine Abschwächung seiner psychischen Functionen. Diese Erscheinungen finden in einer vor Jahren erlittenen Kopfverletzung, seit welcher V. ein stumpfes, schlafsüchtiges Wesen zeigte, sowie in fortgesetztem Alkoholmissbrauch ihre Begründung. Thatsächlich finden sich auch auf Trunksucht hinweisende somatische Erscheinungen (schlechter Schlaf, nächtliches Aufschrecken, Tremores, Paresen, Fallsucht etc.). Die That geht aus einer wahnhaften Nothlage hervor, findet in dem Bewusstsein des geistig geschwächten V. keinen Gegensatz. Sie ist Ausfluss eines Wahns, auf Grundlage eines geistigen Schwächezustands. Die Planmässigkeit und Besonnenheit der Ausführung beweist nichts dagegen. V. ist im Sinne der Wissenschaft und des Gesetzes als blödsinnig zu erachten und für eine Irrenanstalt geeignet. Schon Anfang Sept. bot V. in dieser das ausgesprochene Bild eines paralytisch Blödsinnigen mit Silbenstolpern und sinnlosem Grössenwahn.

Gutachten über den Geisteszustand (Verfolgungswahnsinn) des Mörders des Irrenanstalts-Directors *Marchant*. — Ann. méd.-psych. Sept.

Am 18. Juni 1881 schoss der seit sechs Wochen in der Irrenanstalt Braqueville nach Ansicht der Presse und vieler Laien widerrechtlich untergebrachte Kapitän Aymes mit einem bei der Aufnahme der Durchsuchung entgangenen Revolver auf Director M., der seiner Wunde am 21. erlag. A. hat seit 1859 und von der Pike auf gedient und sich 1870 ausgezeichnet. Schon Anfangs der siebziger Jahre glaubte er sich grundlos verachtet und angefeindet, weil er von niedriger Herkunft sei. Gleich nach seiner Hochzeit mit einer ehrenwerthen Frau (October 1875) äusserte er Wahn ehelicher Untreue, sich gründend auf Zeichen des Einverständnisses der Familienglieder seiner Frau, angeblich doppelsinnige Reden und vermeintliche heimliche Zusammenkünfte der Frau mit einem Schwager. Er glaubte sich vergiftet, wähnte man gebe ihm narkotische Stoffe, um ihn impotent zu machen. Die ganze Familie war im Complot. Von diesen narkotischen Stoffen kam seine Lethargie und Schlafsucht. A. fand in den harmlosesten Reden und Gesten seiner Frau Bestätigungen für seinen Wahn. Er behandelte sie so schlimm, dass sie ihn verlassen musste. Zeitweise schien er seinen Wahn einzusehen und beruhigte sich, indem er seine Frau ihre Treue beschwören liess.

Schon im December machte A. seinen Kameraden und Vorgesetzten den Eindruck eines Wahnsinnigen und befürchtete man ein Unglück. Deshalb brachte man ihn ins Hospital. Zufällig waren während dieses Aufenthalts Frau A. und der commandirende General verreist. Dieser zufällige Umstand genügte dem A., um den General als Zuhälter seiner Frau und schlimmsten Feind zu erkennen. Sein Verfolgungswahn bezog immer mehr Personen ein. Als A. aus dem Spital entlassen war, wollte er sich mit seinen vermeintlichen Feinden duelliren, bedrohte sie. Neue Internirung im Spital. Eine Versetzung in eine andere Garnison wirkte anfangs wohlthätig. Bald aber inficirte sein Wahn auch die neue Umgebung. Er merkte, dass seine Frau öfter nach X. kam, sich seinen Kameraden hingab und sie ihm zu Feinden machte. Er verkannte andere Damen für seine Frau, wähnte ihre Stimmen zu hören. Es war eine ganze Bande im Complot gegen ihn. Der Wahn wurde durch massenhafte Gesichts- und Gehörstäuschungen genährt. Eine neue Versetzung besserte den Zustand nicht. Er wird drohend, gemeingefährlich, aggressiv gegen seine Kameraden, verschafft sich einen Revolver. Die Aerzte sind für Internirung in einer Irrenanstalt. Man begnügt sich ihn ausser Dienst zu setzen und ihm eine kleine Stadt als Aufenthaltsort anzuweisen. Dort ist er misstrauisch, unverträglich, erscheint aber Manchem trotzdem geistesgesund. Er schreibt injuriöse Briefe an seine Feinde, in deren Kreis allmälig auch die Minister, Vorgesetzten, Jesuiten etc. einbezogen werden. Er verlangt, dass man gerichtlich gegen sie einschreite und als

er seine Bemühungen Schutz und Recht zu bekommen, vergeblich erkannt, droht er mit Selbsthülfe. Endlich erkannte man die Gemeingefährlichkeit dieses Kranken und schickte ihn ins Irrenhaus. Den Mord des Directors der Anstalt fasste er als berechtigten Akt der Nothwehr auf und verlangte nach wie vor entlassen zu werden. Seine Isolirung seit der That beurtheilte er als Chicane, gegen die Gerichtsärzte führte er Klage beim Staatsanwalt. Den Mord des Directors motivirte er damit, dass dieser mit ihm sein Spiel getrieben habe. In der letzten Zeit bot A. Zeichen überhandnehmender Verworrenheit. Ueber die Entstehungsweise der Krankheit, etwa durch Alkoholexcesse, spricht sich das Gutachten nicht aus, auch fehlen Mittheilungen über etwaige Heredität, prämorbide Verhältnisse und den somatischen Befund. Selbstverständlich wurde A. als unzurechnungsfähiger gemeingefährlicher, an Verfolgungswahnsinn leidender Irrsinniger erklärt. Da er nicht gut in der Irrenanstalt, deren Director er erschossen hatte, bleiben konnte, brachte man ihn in Charenton unter.

---

4. Allgemeine Pathologie und Therapie.

Referent: Schüle.

Allgemeine Pathologie.

Ball, Des impulsions intellectuelles. — L'Encéphale.

3 Fälle von Zwangsvorstellungen bei sonst erhaltener Intelligenz. Verf. nennt dieselben passend „impulsions intellectuelles“. In dem einzigen Falle, in welchem anamnestische Daten beigebracht sind, fehlte jede neuropathische Disposition. In keinem der Fälle folgte Besserung; alle behielten Krankheitseinsicht bei; keiner versank in Dementia, oder in eine andere Form von Geistesstörung (sie blieben was sie waren: „stationär Verrückte“. Ref.)

Soury, La Pathologie dans l'Histoire. Les maladies de Luther. — L'Encéphale. Heft 4.

Eine Schilderung der nervösen Beschwerden und Hallucinationen Luther's, die sich streng an die Abhandlung von *Berkhan,* Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, Bd. XI., und an die Schrift von *Küchenmeister:* Dr. Martin Luther's Krankengeschichte, — anschliesst und nichts neues bietet. *Schuchardt.*

Henry M. Hurd, A plea for systematic therapeutical clinical and statistical study. — Ann. Journ. of Ins.

Verf. hat sich die Aufgabe gestellt, in kurzen Zügen die Hauptaufgaben für ein sowohl wissenschaftlich als praktisch förderndes Studium der Geistes-

kranken aufzustellen, gleichsam ein Programm an die Irrenäzte, welches die brennendsten Tagesfragen enthält. Verf. verlangt 1) eine therapeutische Studie, um sowohl die vorhandenen wichtigen Nervina genauer kennen zu lernen, als auch womöglich neue wirksame aufzufinden. Daneben lässt er dem diätetischen Regimen seine anerkannt hervorragende Bedeutung; aber er will — und gewiss mit vollem Recht — die specifischen Arzneistoffe für die Behandlung nicht missen. Als besonders dringlich für das gegenwärtige Bedürfniss hält er das Studium des Hyoscyamin, Ergotin und Codein, wofür er bereits einige interessante Indicationen giebt. Er will die Beobachtungen nicht allein nach der Richtung beschränkt wissen: inwiefern diese Droguen Erregungs- oder Depressionszustände modificiren, sondern vornehmlich: in wieweit sie im Stande sind die nervöse Erschöpfung zu bekämpfen und Dementia zu verhindern. — 2) Verlangt er klinische Studien der Formen von Geisteskrankheiten, und zwar a) nach gründlicher ätiologischer Seite; b) wünscht er die verschiedenen klinischen Formen der Dementia paralytica eingehend erforscht — worin er abermals mit dem Beispiel vorangeht und mehrere Gruppen zeichnet. Daran schliesst er als weiteres Desiderat: die Behandlung der allgemeinen Paralyse. Es ehrt das Bestreben des Verf.'s sehr, wenn er geradezu ausspricht: dass kein Fall von Paralyse als ausser und über der ärztlichen Behandlungskunst liegend sollte betrachtet werden. Dasselbe gilt von den epileptischen Psychosen, welche gleichfalls der therapeutischen Wahrnehmung des Irrenarztes noch viel näher gerückt werden müssen. Den Schluss der interessanten und sehr zeitgemässen Studien bilden 3) die Vorschläge des Verf. für statistische Bearbeitungen, für welche er reducirtere Tabellen, eine uniformere und knappere Behandlung künftig eingeführt wissen möchte, als dies bis jetzt unter den Amerikanischen Asylen der Fall ist.

Tamburini, Sulla Genesi delle alluzinazioni. — Riv. sper. di Fren. 1880.

Eine gründliche literarische und klinische Studie, bei welcher Verf. zu folgenden Ergebnissen kommt:

1) Die Hallucinationen haben ihren natürlichen Sitz in den sensorischen Centren der Corticalis.

2) Der denselben zu Grunde liegende pathologische Process besteht in einer „Excitation" der genannten Zellcomplexe, analog dem epileptischen Vorgang in den motorischen Gebieten.

3) Dieser Erregungsvorgang kann entweder automatisch in den betreffenden Zellcomplexen auftreten (centraler Ursprung), oder von den peripherischen Nerven ausgehen (peripherer Ursprung), oder in den Leitungsbahnen, oder endlich in den Centren der „Ideation" entstehen (intellectueller Ursprung). In allen Fällen muss schliesslich das corticale Sinnesgebiet als Hauptfactor sich mitbetheiligen.



4) Auch die **Illusion** ist eine Hallucination, bei welcher das percipirende Sinnescentrum in einer krankhaften Reizbarkeit sich befindet, welch letztere den von diesem empfangenen Eindruck transformirt und zu einer vom Realen abweichenden Empfindung fälscht.

Dr. *Eduard Pohl,* Der hallucinatorische Process. — Wiener J. f. Psych. B. III. H. 1 u. 2.

Verfasser verbreitet sich zunächst über den Begriff der Hallucination, wobei er als besonders wichtiges Merkmal hervorhebt, dass das damit behaftete Individuum die fragliche Sinnesempfindung als eine wirkliche Realität der Aussenwelt erkennt.

Fälle, in denen dieses Symptom fehlt, will er als „hallucinoide" Zustände von den hallucinatorischen getrennt wissen. Sie unterscheiden sich von letzteren durch die intacte Function des Vorstellhirns und durch die Genese (direct durch übermässige Anstrengung der Sinnescentren, indirect durch Reflexe von den peripherischen Organen aus). Uebergänge beider Krankheitsformen finden statt. Von ihnen sind manchmal die Illusionen schwer zu unterscheiden, obwohl hierbei entgegengesetzte psychophysische Verhältnisse vorliegen. Bei diesen handelt es sich nämlich um ein positives Leiden in dem Formalismus der Vorstellungsverhältnisse, während der Sinnesapparat so geschwächt ist, dass sich die Verwirrtheit in diesen überträgt. Bei den Hallucinationen dagegen ist nach der schon früher ausgesprochenen Ansicht des Verfassers nur ein Obnubilationszustand des Vorstellhirns vorhanden, wobei dann eine bestimmte, häufig und mit Kraft reproducirte Vorstellungsgruppe auf Kosten der übrigen Vorstellungsthätigkeiten in umgekehrter Richtung in die mehr peripher gelegenen Nervengebiete (Sinnhirn) einbricht, und das subjective Bild durch diesen Zuwachs an Reiz die Eigenschaft eines objectiven erhält.

Diese Annahme einer centrifugalen Rückwirkung in dem Empfindungs- und Vorstellungsgebiete bringt Verfasser mit den neuesten anatomischen, physiologischen und klinischen Erfahrungen in Einklang.

Gabriele Buccola, Le idee fisse e le loco condizioni fiscopathologiche. — Riv. sperim. di Fren. 1880.

Verf. bespricht in eingehender Analyse und historischer Kritik die Zwangsvorstellungen, Zwangsempfindungen, Zwangshandlungen. Dabei werden mehrere einschlägige Beobachtungen mitgetheilt. Sodann sucht er in empirisch-psychologischer Weise — auf die Forschungen *Wundt*'s, *Exner*'s und *Obersteiner*'s sich stützend — die physiologischen Bedingungen für das Zustandekommen dieser „idee fisse" klarzulegen. Er findet schliesslich, dass die jenen zu Grunde liegende anomale Ideenassociation aus einer anomalen Function von wenigen Zellengruppen entspringe, welche ihre Energie nicht weiter austheilen, und so präponderant werden, insofern sie die gleich-

zeitige und wirksame Mitarbeit der anderen corticalen Zellengruppen verhindern. Es liegen also intracorticale Leitungshemmungen dem quäst. Vorgang zu Grunde. Selbstverständlich ist damit die Frage über das pathologische Phänomen der „idee fisse“ noch nicht erschöpft, sondern noch offen, wie dies Verf. selbst unumwunden ausspricht. Verf. muntert zu weiteren Detailbeobachtungen darin auf.

Hagen, Ueber Nierenkrankheiten als Ursachen von Geisteskrankheiten. — Allg. Zeitschr. f. Psych. XXXVIII. p. 1 ff.

Verf. theilt die seiner Arbeit zu Grund gelegte Casuistik in 2 Gruppen: die erste enthält die Fälle von mehr oder weniger acuter Nephritis oder Bright'scher Krankheit; die zweite die Fälle von chronischer Nierendegeneration oder von Defecten der Nierensubstanz. Von der ersten Gruppe sind die einschlägigen Literaturbeobachtungen sowie die Beobachtung des Verf. (zusammen 12) auszugsweise mitgetheilt. Die klinischen Erscheinungen ergaben, dass der Charakter der begleitenden Psychose ein melancholischer ist: Furcht vor Verfolgung oder Vergiftung, Sucht zu entfliehen, plötzliche Anfälle und Gewaltthätigkeit gegen sich oder Andere; in 6 Fällen bestand heitere Manie nur einen Tag lang und schlug dann um; nur im *Hasland*'schen Falle ist eine länger dauernde eigentliche Manie constatirt. Mit den Aufregungszuständen wechselt Apathie, Verdrossenheit, Benommenheit bis zum Stumpfsinn ab; zuweilen ist mit letzterem passiver Widerstand verbunden. Personenverwechslung wird mehrmals angegeben; Hallucinationen des Gesichts und des Gehörs je einmal; epileptiforme Anfälle einmal, Convulsionen zweimal. Zweifellos bestand in allen Fällen die Nierenkrankheit schon vor der Psychose. Bezüglich des Verlaufs sind einmal völlige und dauernde Genesung, in den anderen aber Remissionen und Intermissionen, bis endlich doch der Tod unter den der Nierenkrankheit eigenthümlichen Erscheinungen auftrat, beobachtet. — Verf. erwägt nun im Weitern die schwierige Frage: inwieweit wir berechtigt sind einen ätiologischen Zusammenhang zwischen Nierenleiden und Psychose zu statuiren? In einer ebenso vorsichtigen als scharfsinnigen Epikrise kommt er zur Antwort: dass eine ursächliche Verbindung nicht abzuweisen, sondern vielmehr direct zu bejahen sei. Damit rücken die psychischen Störungszeichen pari passu in den Kreis der übrigen bei Nierenleiden geläufigen und erfahrungsgemäss causal verbundenen Cerebralsymptome, wie Coma, Delirien oder Sopor; es sind Aequivalente der letzteren, welche bis jetzt nur seltener noch verzeichnet sind, weil die leichteren Grade unbemerkt verlaufen und die Statistik deshalb auch kein zuverlässiges Material beizubringen vermag.

Die Fälle der **zweiten** Gruppe sind sämmtlich vom Verf. selbst beobachtet. Die psychische Störungsform ist auch hier vorwiegend melancholisch, es treten auf einer finstern, feindseligen Stimmung drohende Hallucinationen auf, selbst Verfolgungswahn mit Nahrungsverweigerung; die Kran-

werden hinterlistig und gewaltthätig. Die citirten Krankheitsfälle sind im Verlauf sehr complicirt; im ersten schloss ein Delirium acutum die Scene; im zweiten eine Pneumonie; im dritten waren Schlaganfälle voraufgegangen mit undeutlicher Sprache und melancholischer Verstimmung, welche durch eine Tobsucht in psychische Schwäche überging; im vierten handelte es sich um eine hereditär belastete ältere Person, welche bereits früher mehrfach melancholisch gewesen, 1870 auf's Neue erkrankte, dann eine ängstliche Stimmung beibehielt, und nach kurzer Besserung 1880 von cerebralen Erscheinungen (Schwindel, Erbrechen, Schwerhörigkeit, vorübergehende Ptosis) befallen wurde — Eiweiss im Urin — denen sie erlag. Die Sectionen der beiden letzten Fälle boten quoad cerebrum tiefe palpable Hirnläsionen (Heerderkrankungen). Ausserdem aber waren sowohl in diesen als in den beiden ersten hochgradige Nierenreduction nachzuweisen: im ersten cystöse Entartung mit Atrophie, im zweiten Hydronephrose mit Granularatrophie, im dritten Granularatrophie beider Nieren, im vierten bedeutende Atrophie der linken Niere mit congenitalem Defect der rechten. Auf diese Reduction der Nierensubstanz legt Verf. epikritisch den Nachdruck; in ihren Consequenzen (verminderte Harn- und Harnstoffausscheidung) auf das Gehirn, erkennt er das ätiologische Moment für die Schädigungen des letzteren, welche in leichteren Graden eine verdrossene und ängstliche Gemüthsstimmung, in höheren aber, d. h. bei grösserer Niereninsufficienz, eine psychische Störung, äquivalent dem urämischen Coma, erzeugen kann. Darin liegt die durch Nierenleiden geschaffene Disposition für geistige Hirnkrankheiten. Oft, ja gewöhnlich, treten sie nicht auf, weil die Haut, die Lungen, das Herz compensatorisch für die ausgefallene Nierenthätigkeit eintreten; wird aber besonders durch Erkältungen oder durch Lungen- oder Herzaffectionen oder durch das Alter dieser compensatorische Ausgleich hinfällig, so kommen die schädigenden Wirkungen auf das Gehirn in ihre Rechte. Verf. schliesst seinen inhaltsreichen und klinisch scharf durchdachten Aufsatz mit den Worten: dass bei vermehrter Aufmerksamkeit auf die urgirten Zusammenhänge „das crystallisirte Dogma, wonach die urämischen Hirnsymptome blos Delirien, Coma und Convulsionen wären, sich wieder auflösen und vor neuer Crystallisirung erst noch den Bestandtheil der Psychosen in sich aufnehmen wird".

J. Fritsch, Allgemeine Diagnostik des Irreseins. — Wiener Klinik. 8. Vortrag.

Ein für das ärztliche Gesammtpublikum gehaltener Vortrag, klar und gedrängt, aber vollständig, und seinem praktischen Ziele gründlich genügend. Am Schluss ein guter Fragebogen für den ärztlichen Status praesens bei einem Geisteskranken.

Mercier, The study of Insanity. — J. of ment. sc.

Verf. kritisirt die psychologische Methode und ebenso deren Antipode, die rein somatische Betrachtweise der Geistesstörungen. Er glaubt, dass allein das äussere Verhalten (Conduct) des Kranken den richtigen Standpunkt für das Studium abgebe. Sowie in jede bewusste Handlung drei Factoren eingehen: nervöser Process, subjectiver Begleitvorgang und äussere Kundgabe, ebenso muss sich auch die psychiatrische Beobachtung auf diese drei Factoren aufbauen. Davon ist aber der erste verschleiert, der zweite nur indirect zugänglich, und so bleibt nur der dritte: das äussere Verhalten im weitesten Sinne, übrig. Die wissenschaftliche Erforschung eines jeden körperlichen und körperlich-geistigen Systems muss aber nach einem definitiven Plane stattfinden, und hierfür verspricht Verf. in einem künftigen Aufsatze Schemata anzugeben.

G. Todi, Sulla follia. — Arch. ital. H. V. u. VI.

Verf. bespricht des Ausführlichen die sog. neuropathische Constitution (temperamente mattesco), welches er für die Vorstufe der späteren Geistesstörung betrachtet. Dieselbe kann eine intellectuelle oder moralische sein. Die erstere zeichnet sich aus durch Flüchtigkeit der Ideenbildung, geringe Zusammenhänge in den Vorstellungen, wenig Empfänglichkeit für Erziehung, manchmal zügellose Einbildungskraft, excentrische Richtungen; die andere (moralische) bekundet ihre Schädigung im Gefühlsleben, durch eingeborene Neigung zum Schlimmen, egoistische, cynische, grausame Tendenzen schon von früher Jugend an. In der Weiterentwickelung entsteht aus beiden Temperamentsanlagen eine Steigerung der vorhandenen und angeborenen Abnormitäten, wobei aber der Kranke trotzdem in der Gesellschaft leben kann (stadium der follia). Schreitet die Entwickelung weiter, so entstehen auf der intellectuellen Defectanlage partielle oder allgemeine Delirien, und der Kranke tritt damit in die eigentliche Geisteskrankheit (pazzia) über. Der moralisch defecte Neuropathiker aber schlägt einen ganz verschiedenen Weg in die Follia morale ein, welche kein Delirium der Vorstellungen aufweist, sondern eine Unwiderstehlichkeit perverser Akte neben Geschontheit des Vorstellungslebens. Der krankhafte Zwang des Handelns ist dabei die charakteristische Kundgebung desselben Triebs zu unmoralischen Handlungen, welches diesen Defectnaturen vermöge ihres „temperamente mattesco" schon von Kindheit auf immanent war.

C. H. Hughes, Illusion, hallucination and delusion — a differential study for forensic purposes. — The Alienist and Neur.

Vortrag, welcher die Unterschiede zwischen Hallucinationen, Illusionen und Wahnvorstellungen psychologisch und auf hypothetischer anatomisch-

physiologischer Grundlage — nach dem heutigen Standpunkt — darzulegen und zu fixiren bestrebt ist. (Ist dies klinisch wohl immer möglich? Ref.)

Gino Maiorfi, Di una singolare alterazione della motilità in una alienata. — Arch. ital.

Sorgfältige, nach den neuesten klinischen Untersuchungsmethoden durchgeführte Analyse des eigenthümlichen motorischen Krampfzustandes bei einer 50jährigen secundär Blödsinnigen, mit Differentialdiagnose gegenüber der Chorea, der Athetose, den saltatorischen und psychischen Reflexkrämpfen, und einem schliesslichen physiologisch-anatomischen Erklärungsversuch.

Boyd, Comparison of the weight of the heart and other viscera in the sane and the insane. — Med. Times and Gaz. 17 XII.

Verf. theilt in Kürze die Ergebnisse seiner Untersuchungen mit. Gewichtsunterschiede bezüglich der einzelnen Organe zeigen sich bei den verschiedenen Geschlechtern je nach dem Lebensalter und am auffälligsten zwischen Geistesgesunden und Geisteskranken. Bei Geisteskranken war im Durchschnitt stets ein geringeres Gewicht vorhanden.

Schuchardt.

Wille, Zur Lehre von den Zwangsvorstellungen. — Arch. f. Psych. XII.

Nach einer historischen Rundschau der einschlägigen Literatur bringt Verf. 16 eigene Beobachtungen. In der nachfolgenden Epicrise bekennt er sich zur *Westphal*'schen Definition der Zwangsvorstellungen; modificirt dieselbe aber im Verlauf in mehrfacher Richtung. So kann er dem „Intactbleiben der Intelligenz" nicht dieselbe absolute Bedeutung zuerkennen, wie *Westphal;* Zwangsvorstellungen sind ein nicht gerade seltenes Symptom acuter und chronischer Geisteskrankheiten, wo von einer ungestörten Intelligenz keine Rede sein kann. Ebenso genügt *Wille* das weitere Moment der *Westphal*'schen Definition, „dass die Zwangsvorstellungen nicht durch einen Gefühls- oder affectartigen Zustand bedingt sind" nicht; denn es sind ohne Zweifel manchmal emotive Vorgänge an der Bildung der Zwangsvorstellungen betheiligt. Die Erfahrung lehrt, dass beide Genesen vorkommen: „die Zwangsvorstellung steht zur emotiven Grundlage in demselben Verhältnisse wie die psychopathische Anlage zur Psychose; es gehört erstere nicht unbedingt zu letzterer, aber sie sind sehr häufig mit einander verbunden". Folgt der emotive Vorgang nach, so ist mit *Westphal* der Grund in der durch die Zwangsvorstellung gesetzten Hemmung des Vorstellungsablaufs und der dadurch bedingten psychischen Dysästhesie zu

suchen. Dies gilt namentlich für die so häufige „Angst“ bei Zwangsvorstellungen. — Auch dem dritten Charakteristikum der *Westphal*'schen Definition: „dass der **Inhalt** der Zwangsvorstellungen meist ein absurder, in keinem Zusammenhang mit dem früheren Vorstellungsinhalte stehender sei, stimmt *Wille* nur bedingt bei, insofern dieselben häufig dem früheren Bewusstseinsinhhalte entsprechen (das Beispiel mit den Zwangsvorstellungen „des Waschens“ ist übrigens hierfür nicht glücklich gewählt; denn dass die letzteren „meist“ von Leuten herrühren, welche an einem extremen Ordnungs- und Reinlichkeitssinn litten, ist nach des Ref. Erfahrungen unrichtig). Das Verhältniss der Zwangs**handlungen** zu den Zwangsvorstellungen ist ein mehrfaches; in sehr vielen Fällen stellen die ersteren den höheren Leidensgrad dar, so dass die Krankheit zuerst mit theoretischen Zwangsvorstellungen beginnt, und nachher — sind diese erst intensiv genug und mit ihren Reflexen auf's Gefühlsleben begleitet — zu den motorischen Entladungen dieser inneren Spannungen sich steigert. Anderemale zeigen aber beide psychopathischen Phänomene eine gewisse Unabhängigkeit von einander, und sind nur durch das Mittelglied der individuellen Erregbarkeit, der individuellen Emotivität, mit einander verbunden. In noch anderen Fällen endlich können Zwangshandlungen auch selbstständig auftreten. So oder so entstanden, bezeichnet aber das Auftreten von Zwangshandlungen stets einen höheren Leidensgrad, und nähert den damit behafteten Kranken so sehr dem Verrückten, dass Verf. zwischen beiden Zuständen in psychopathischer Tragweite keinen wesentlichen Unterschied mehr zu machen wusste (die dennoch vom Verf. versuchte Differenzirung beider Zustände erscheint dem Ref. als zu künstlich und nach der Schlussbemerkung auf p. 33 dem Verf. selbst unsicher, und mit Recht, Ref.). — *W.* bringt im Weiteren noch eine Einschränkung der *Westphal*'schen Definition, insofern er die Zwangsvorstellungen nicht für stets nur stationäre Symptome auffasst, sondern manchmal auch für solche, welche eine Weiterentwicklung darbieten; er verweist in dieser Hinsicht auf die drei Stadien des empirisch wahren *Legrand du Saulle*'schen Krankheitsbildes der maladie du toucher. Nicht so selten folgt Melancholie nach (Selbstbeschuldigungs- und Versündigungswahn). Zum Schluss seiner Symptomatologie führt *Wille* noch den sehr häufigen, aber wiederum nicht charakteristischen, Status nervosus auf, welcher die Zwangsvorstellungen begleitet.

Für die Genese der Zwangsvorstellungen sind Geschlecht, Bildung, Intelligenz, Stand ohne Belang. Prädisponirt ist das mittlere Lebensalter. Sehr häufig (unter den 16 Fällen des Verf. 13 mal) ist neuropathische Anlage vorhanden, weshalb auch *Wille* nichts einzuwenden hätte, wenn man die folie avec conscience in die folie héréditaire klinisch einreihte.

Die Prognose der Zwangsvorstellungen ist quoad valetudinem completam eine ungünstige. Heilungen sah *Wille* nicht, nur Intermissionen, oft bis zu mehreren Jahren.

Bezüglich der Behandlung giebt Verf. nur einige generelle Anhalts-

punkte. Die Aufnahme in die Anstalt ist manchmal nicht zu umgehen (worin Ref. beistimmt), und zwar nicht nur bei armen Kranken. Die Therapie sei im Allgemeinen eine tonisirende; ausnahmsweise griff *W.* auch zu Narcotica; vom Bromkali will er keinen Nutzen gesehen haben. (Dieser letzteren Erfahrung dürften gesicherte andere Beobachtungen entgegenstehen, wo Narcotica sehr gut wirkten; überhaupt muss ja darin ganz individualisirt werden. Um so auffälliger ist, dass Verf. den Werth der Uterinbehandlung für gewisse Fälle nicht besonders betont, welche eine fast zweifellose ist bei Melancholieen mit obscönen Zwangsgedanken und dem zwangsmässigen Schütteln der Kleider oder beständigem Rutschen beim Sitzen; namentlich spielt hierbei die chronische Metritis eine grosse Rolle.) In zwei Fällen hatte eine St. Moritzer Cur einen recht guten Einfluss auf die Krankheit.

Kiernan, Psychoses from traumatism. — J. of ment. and nerv. dis. July.

Azam, Les troubles intellectuelles provoqués par les traumatisme cérébraux. — Arch. gén. de Méd. Févr. et mars.

Kiernan berichtet über 45 einschlägige Fälle und kommt dabei zu Schlussfolgerungen, welche im Wesentlichen mit den bekannten (*Krafft-Ebing*) übereinstimmen. Die Mehrzahl der Fälle weist keine mitbegleitende Epilepsie auf, zeigt dagegen die Neigung in fortschreitende Parese überzugehen. Bei einer verhältnissmässig grossen Zahl sind depressive Wahnvorstellungen vorhanden. Heredität hat darauf keinen Einfluss. Vor dem 40. Jahre erlittene Kopftraumen sind verhängnissvoller als spätere. Leichte Kopferschütterungen sollen unter Umständen mehr zu fürchten sein als schwere. Statistisch fand *K.* die erwähnte Aetiologie in 2 pCt. seiner Kranken. Einzelne Kranke verfielen in systematisirten Wahnsinn. Stets ist grosse Vorsicht in der Prognose angezeigt.

Azam referirt über eine grössere Zahl von theilweise bis jetzt nicht edirten Beobachtungen (*Lasègue, Legrand du Saulle* etc.), schliesst daran eine eingehende theoretische Betrachtung an, in welcher die letzte Störungsursache auf Aenderungen in der nervösen Molecularsubstanz (in Folge des Insults) und auf Störungen in der Blutcirculation verlegt wird, und erörtert schliesslich noch klinisch die wichtigsten Allgemeinsymptome nach Kopfverletzungen (Coma, Stupeur, Trouble de la mémoire, du caractère et des sentiments, Aphasie, Délires etc.).

Antigono Raggi, Della fotoparestesia regli alienati. — Arch. ital. 1881.

Verf. behandelt das Phänomen der ausserordentlichen Toleranz des Sehorgans bei manchen Geisteskranken, welche sich dadurch äussert, dass sie

lange Zeit mit offenen Augen in die Sonne zu schauen vermögen, ohne dass im geringsten die Nachwirkungen (Schmerzen, Nachbilder, Blinzeln, Thränenträufeln) wie bei Gesunden vorkommen. Es werden nun 2 casuistische Belege mit eingehender Untersuchung des genannten Symptoms aufgeführt, mit nachfolgender klinisch-physiologischer Epikrise. Das Ergebniss dieser nimmt als Grundlage des genannten Symptoms eine verminderte Impressionabilität der Netzhaut an, welche von einem erhöhten Tonus der letzteren herrühren soll; daher die fehlenden sensitiven und motorischen Reflexe.

Schuchardt, Epileptische Anfälle bei Magenerkrankungen. — Irrenfreund. No. 10.

Verf. beobachtete nach *Kussmaul's* etc. Vorgange das Auftreten eines 10 Minuten dauernden epileptischen Anfalls nach der Magenausspülung eines an Dyspepsie leidenden Melancholikers. In der Epikrise verlegt er die Ursache der Krampfanfälle in den überaus gereizten Zustand der nervösen Organe der Magenschleimhaut bei einem länger bestehenden chronischen Magenübel; sowohl die plötzliche jähe Entladung des Magens durch Erbrechen oder Ausspülen, als auch gegentheils die ungewöhnlich starke und plötzliche Anfüllung des catarrhalisch afficirten Magens vermögen (durch Shok) einen so starken Reiz auf die Mageninnervation auszuüben, dass dadurch die Auslösung epileptiformer Anfälle zu Stande kommt. Es handelt sich demnach nach Verf.'s Ansicht um reine Reflexepilepsieen.

Arndt, Ueber die häufig zu beobachtende Verstärkung des Aortentons bei Geisteskranken. — Deutsche med. Woch. 26.

Verf. findet bei Geisteskranken und Neuropathikern eine häufig zu beobachtende Verstärkung des Aortentons. Die Ursache dieser Erscheinung liegt nach *A.* in den Anomalieen des Blutgefässsystems, welche so überaus häufig bei derartigen Individuen betroffen werden: es findet sich ein kleines hypoplastisches, oft atrophisches oder fettig degenerirtes Herz (mit hypertrophischem, nicht selten aber auch fettig degenerirtem l. Ventrikel) neben einem dünnen, engen, hypoplastischen Gefässsystem (kleinere und kleinste Arterien häufig geschlängelt, bald mit, bald ohne atheromatöser Entartung). Das Blutgefässsystem trägt sonach bei diesen Individuen die Hauptcharaktere der chlorotischen Constitution an sich: es ist zu dünn und zu eng und dann auch zu lang. Dadurch entstehen grosse Widerstände für das kreisende Blut, Erhöhung des Blutdrucks und damit Verstärkung der diastolischen Herztöne. Die l. Ventrikelhypertrophie erklärt sich als einfache Arbeitshypertrophie in Folge der vermehrten Anstrengungen unter dem erhöhten Blutdruck. Aus derselben Ueberanstrengung resultiren in der Folge irritative und entzündliche Processe und endlich Atrophie und fettige Entartung

am Herzen; an den Gefässen bleibende Schlängelung, Hypertrophie und atheromatöse Entartung mit den consecutiven Phlebaktasien und Aneurysmen. Bemerkenswerth ist auch noch der Schlusssatz der scharfsinnigen klinisch-physiologischen Analyse: die Geisteskrankheit, mit welcher so häufig eine Verstärkung des Aortentons verbunden ist, scheint vielfach erst mit der Entartung des Herzens in Folge seiner gedachten Ueberanstrengung ihren Anfang zu nehmen. Begründet in einer Disposition, welche das betreffende Individuum zu ihr von jeher besass, bricht sie doch erst aus, wenn das Herz anfängt fremdartig zu functioniren, zu Parakinesien hinzuneigen und zu Parästhesien Veranlassung zu geben. Die Geisteskrankheiten können demgemäss, wofür auch noch eine grosse Anzahl anderer Dinge sprechen, nicht in dem Sinne für Gehirnkrankheiten gelten, wie man es heute meistens will, sondern sie sind mehr Aeusserungen einer Allgemeinerkrankung, Aeusserungen von Krankheiten der ganzen Person, wobei nur die geistigen Störungen am meisten hervortreten.

Ball, Considérations sur l'ischémie cerebrale fonctionelle. — L'Encéphale.

Schon 1877 hatte Verf. Fälle von plötzlich entstandener und ebenso plötzlich wieder verschwundender Stummheit beobachtet, die er damals einem cerebralen Gefässkrampf zuschreiben zu müssen glaubte. In vorliegender Arbeit erweitert er diese Beobachtungen durch mehrere neue. Im ersten Fall sah er auf einen vorausgegangenen heftigen Zornaffect bei einem 45 Jahre alten Manne eine plötzliche Stummheit auftreten mit spasmodischen Zungen- und Gaumencontractionen, sowie der intellectuell sonst conservirte Kranke zu sprechen versuchte. Nach Ordination eines Brechmittels erlangte der Kranke einige Tage später die Sprache wieder vollkommen. — Der zweite erzählte Fall hatte dieselbe Entstehung, bot aber ausser der Stummheit noch wüthende Schläfenschmerzen und zeitweilige Anfälle von Priapismus dar; dieser Kranke erholte sich trotz Elektricität und Bromgebrauch nicht mehr. Im dritten Falle waren ausser der Stummheit noch Sensibilitäts-, Motilitäts- und Intelligenzstörungen zugegen; ferner Agraphie, Pupillenstörung, Unbeweglichkeit der Zunge. Vorausgegangen war vor 3 Jahren eine syphilitische Affection; seit 1 Jahre intermittirende Kopfschmerzen; seit 6 Monaten melancholische Perioden mit Suicid-Gedanken; Trinkexcesse zu dieser Zeit; tiefer Kummer. Ueber die Entstehung des Anfalls war Nichts zu eruiren; man fand den Kranken auf der Strasse, als er wegen eines Sittlichkeitsdelikts arretirt worden war. 8 Tage später begann schon die Schrift wiederzukehren und die Fähigkeit dadurch auf Fragen zu antworten. Dabei zeigte sich, dass für die Periode vom 6. bis 9. Septbr. (Tage der Arretirung) eine Bewusstseinslücke bestand. Zunge bleibt noch unbeweglich; die Sprache mit Ausnahme der Vocale unmöglich. Allmälig begann jetzt die Sensibilität wiederzukehren, zuerst an den Armen

und Oberschenkeln, nach und nach gesellten sich auch der Kopf und die Waden dazu. Schluckbewegungen haben sich retablirt. Die Motilität begann zuerst in den Beinen; 5 Wochen nach dem Anfalle ist sie vollständig zurückgekehrt; nur die Glossoplegie bestand jetzt noch. Bei intacter Intelligenz erhielt sich immer noch jener über 2 Tage sich erstreckende Gedächtnissdefect. Unter dem Gebrauch des farad. Stromes besserte sich nach und nach auch die Zungenlähmung; damit rücken auch die Consonanten wieder in die Sprache ein. 3 Monate später ist Pat. geheilt. — Im vierten Falle entstand bei einem 33jährigen Manne nach abgeheiltem Rheumatismus acutus durch hohe Kältewirkung (Winter 1879—1880) ein stupuröser Zustand mit Echolalie, rechtsseitiger Parese und Anästhesie. Auch hier erfolgte nach und nach vollständige Heilung.

Verf. glaubt, dass als pathologische Grundlage dieser eminenten und dabei fugitiven Hirnsymptome eine vorübergehende, wenn auch tiefe Circulationsstörung anzunehmen sei, und zwar — in Analogie der Retinalanämie bei den „scotomes scintillantes" — eine cerebrale Ischämie.

Krueg, Perverted sexual instincts. — Brain. Oct.

Zwei Fälle von „conträrer Sexualempfindung"; der eine einen Mann betreffend aus neuropathischer Familie und selbst nervös; der andere von einem 25jährigen Dienstmädchen. Verf. betrachtet den perversen Trieb im ersten (ausgeführlich erzählten) Fall als ein Degenerationszeichen.

William W. Ireland Stirling, On micror-writing and its relation to left-handedness and cerebral disease. — Brain. Oct.

Verf. erzählt 2 Fälle von rechtsseitig gelähmten imbecillen Mädchen, welche beim Schreibenlernen von selbst auf die Spiegelschrift verfielen. Daran reiht er noch die analoge Erzählung von einem geistig normalen aber linkshändigen Knaben, welcher hinter dem Rücken des Lehrers aus eigenem Antrieb Spiegelschrift übte. Nach Angabe einer Lehrerin sei dasselbe bei 3 von 6 linkshändigen Mädchen der Fall gewesen. Daran wird die bekannte *Buchwald*'sche Beobachtung angefügt, und am Schluss noch eine Theorie der genannten pathologischen Erscheinung versucht.

Mabille, Note sur les rapports de l'aliénation mentale et de la fièvre intermittente. — Ann. méd. psych. Septbr.

2 Fälle, von denen im ersten ein heftiges Delirium während der Fieberparoxysmen auftrat, mit 12tägiger Dauer nach der febrilen Periode; im zweiten zeigte sich eine starke Aufregung einen Tag vor Wiederauftritt des Fiebers (unwiderstehliche Antriebe, Beissen gegen die Umgebung) mit zweitägiger Dauer nach Aufhören des Fieberanfalls. Diese zweite Beob-

achtung ist ausserordentlich kurz referirt, und eignet sich dadurch am allerwenigsten zu der — unberechtigten — Skepsis, gegen die von zuverlässiger deutscher Seite beobachteten zeitweiligen heilenden Wirkung des Intermittensprocesses auf psychische Gehirnleiden. — Als Ursache denkt Verf. an Blutintoxication durch das Miasma.

Dagonet, Conscience et aliénation mentale. — Ann. méd. psych. Mai.

Verf. behandelt in einem I. Artikel die „cérébration inconsciente" und die „perte momentanée de la conscience". Nach der Definition des Dr. *Ritti* sind unter diesem Namen jene Fälle zusammengefasst, in welchen das Gehirn, ohne Bewusstsein zu verrathen, Akte hervorbringt, ähnlich denjenigen, welche das Ich combinirt und beherrscht. Nach einschlägigen Beispielen aus dem gesunden Leben, aus der Wirkung gewisser Narcotica (Haschisch) tritt er auf das pathologische Gebiet ein, wo sich dieses Symptom bei den verschiedenartigsten nervösen und psychischen Krankheiten vorfindet; speciell bei der „folie impulsive inconsciente". Unter die letzteren gehört zunächst der Alkoholismus; hier beherrscht in gewissen Fällen die furchtbare Angst (frayeur) sämmtliche Akte, ohne dass das Bewusstsein von letzteren irgend eine Kenntniss erhielte. In anderen Fällen dieses alkoholistischen Raptus bleibt das Gedächtniss noch in mehr oder minderem Grade verhanden, trotzdem das Bewusstsein fehlte. Noch häufiger tritt das genannte pathologische Symptom im epileptischen Irresein auf. Sowohl nach als vor epileptischen Krampfzufällen — gleichviel aus welcher Entstehung — kann Bewusstsein und Gedächtniss vollständig sistirt sein. Besonders trifft dies für Personen mit Schwindelanfällen zu, wo die Kranken plötzlich die Wahrnehmung ihrer Umgebung und ihrer Handlungen verlieren. Dies ist dann um so auffälliger, wenn die Kranken ausserdem mehr oder weniger vollständige geistige Lucidität zeigen. *Jules Falret's* bekannte Beobachtungen liefern hierzu eine reichliche Casuistik. — Auch in anderen Fällen von geistiger Störung, frei von epileptischer Genese, kann der „automatisme cérébral" vorkommen, und zwar bei sehr guter sonstiger Erhaltung des Bewusstseins: der Kranke ist dann einem bestürzten Zuschauer von fremd andringenden Gedanken und Antrieben vergleichbar, welche er nicht heraufbeschworen, aber auch nicht hemmen kann. Verf. bespricht in dieser Hinsicht gewisse maniakalische Zustände, sodann Psychosen mit imperativen Hallucinationen, und das Delirium des Verfolgungswahns mit Illusionen und der vollständiger Unfähigkeit die Wahngebilde trotz der sonst intacten Logik kritisch zu überwinden. Hier finden bezüglich der stufenweisen Erhaltung des Bewusstseins sehr viele klinische Modificationen statt. — Auch gewisse Aphasiker mit Wortblindheit zeigen Verlust des Bewusstseins, insofern sie Worte hören, aber nicht verstehen, und andererseits früher Gewusstes (wie Lesen und Schreiben) vergessen. Fortsetzung soll folgen.

Schüle, Dementia acuta und Stupor (und verwandte Zustände). — Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 38.

Verfasser bekämpft zunächst die von *O. Binswanger* urgirte Trennung der Dementia acuta vom Stupor. Er nennt sie eine gezwungene, weil bei beiden Krankheitsvorgängen derselbe Verlaufscharakter, dieselben Hauptsymptome (einer höchstgradigen Bewusstseinsstörung), ja sogar bei beiden sensible, motorische und trophische Begleitaffectionen sich vorfinden. *Binswanger* giebt zwar ebenfalls Uebergangszustände zu, aber auch seine specifische Differenz für die beiden Formen der Bewusstseinsstörung: Sofort eintretende Vernichtung der Gedankenarbeit bei der Dementia acuta, blosse Verdunklung des Bewusstseins mit einem Vorstadium der Erregung beim Stupor — lässt sich als solche anzweifeln.

Der ganze Unterschied besteht nur darin, dass in dem einen Falle noch Reizvorgänge den cerebralen Niedergang begleiten, im anderen solche fehlen. Ein Wesensunterschied liegt um so weniger vor, als beide Verlaufsarten zum selben Endergebniss führen.

Verfasser beschreibt einen Fall, der alle die von *Binswanger* geltend gemachten Symptomendifferenzen (von Dementia acuta) bietet und doch in demselben acuten Verlaufe in den gleichen Blödsinn verfällt und daraus wieder heilbar wird.

Auf Grund derartiger Erwägungen und Erfahrungen sind ebenso wie bei den verschiedenen Verlaufsbildern der klassischen Paralyse, fragliche Krankheitsfälle demselben Symptomenganzen klinisch zu subsummiren, höchstens solches wieder in eine anämische (torpide) und congestive (irritative) Form zu detailliren; oder man könnte symptomatologisch die acute heilbare Dementia auch in solche mit und ohne Stupor unterscheiden.

Erstere Gruppe aber nochmals in eine mit blos „äusserlichem" und eine mit „wirklichem" Stupor zu entzweien, hält Verfasser für unthunlich.

Ausser als Formgebendes für das Ensemble von Krankheitszeichen der Dementia acuta, für welche deshalb die Benennung Stupor bis jetzt promiscue gebraucht ward, kommt nun das Bild des Stupor auch anderweitig als blosses Symptom — transitorisch — vor im verschiedensten Zusammenhang mit der zu Grunde liegenden Hirnkrankheit.

Oft verhält er sich dann wie ein cerebraler Insult, bricht plötzlich ein, kann aber ebenso plötzlich und vollständig in lucide Bewusstseinszustände umschlagen, wovon Verfasser ein Beispiel aufführt, in welchem der Gesammtverlauf der Psychose nach Aufhören fraglicher Phase nicht wesentlich verschlimmert sich zeigte.

Ein weiterer Fall lehrt, wie auch der vasomotorische Stupor transitorisch in ein- und mehrtägiger Dauer vorkommt und sich abspielt als solcher in wochenlang währenden Anfällen, welche ihrerseits jeweils (im Rahmen desselben Krankheitsbildes) eine acute heilbare Dementia zurücklassen.

Nur ist hier die Stuporphase von eingreifender Wirkung auf d- sammtverlauf der betreffenden Krankheit.

Letzteres Moment sowie das angeführte Wechselverhältniss lassen die kurze Stuporphase dieser Form mit den langdauernden der Dementia acuta nosologisch verwandt erscheinen.

Andererseits erhellt hieraus, wie verschieden (im Vergleiche zu dem zweiten Falle) die Genese, die klinische und prognostische Bedeutung des Stupor und verwandter Zustände ist.

In dieser Hinsicht lässt sich zunächst ein psychisch ausgelöster Stupor unterscheiden.

> Dahin gehören die peracuten und acuten Stuporphasen als Ausdruck einer psychischen Hemmung in Folge hallucinatorischer oder melancholisch schmerzlicher Ueberwältigung auf der Grundlage eines invaliden Gehirns.

Bei der zweiten Reihe der Stuporzustände ist die Hemmung organisch vermittelt. Die nähere Vermittlung geschieht entweder auf vasomotorisch-trophischem oder spinal- oder endlich cerebral-neurotischem Gebiete.

> Zu der ersten Unterabtheilung zählten die Erschöpfungspsychosen, ferner intercurrent im Verlaufe periodisch maniakalischer Paroxysmen und im circulären Irresein auftretende Stuporzustände. Dabei erfolgt entweder Genesung, oder definitive Stupiditität, oder die anhaltende Gebundenheit wird flüssig in Form coupirter kurzer Stuporanfälle aus denen noch Reconvalescenz möglich, oder endlich es schliesst sich Manie an.
>
> Unter die neurotische Untergruppe, die vorwiegend auf spinaler Verrücktheit aus sexuellem Ursprung fusst, sind die kataleptischen oder tetanoiden Stuporformen zu rechnen. Sie enden in langsamem Erwachen aus der stupurösen Traumphase, kehren manchmal wieder und hinterlassen dann einen immer grösseren psychischen Defect mit zunehmend gesteigerter Neigung zu Recidiven.
>
> Die dritte Serie schliesslich, welche einen zum Theil noch psychisch innervirten Formcharakter zur Schau trägt, gehört den katatonischen Verrücktheitsformen an. Auch hier wird durch dieselbe die Prognose sehr getrübt.

So mannigfaltig aber, wie ersichtlich, die klinische Entstehungsweise der einzelnen Gruppen des Stupor und verwandter Zustände ist, so sehr gleichen sie sich im äusseren Symptomenbilde. In verschiedener Abstufung und Verbindung zeigt sich durchgehends dieselbe Gruppe von psychischen, motorischen und sensibeln Störungen: Intellectuell und sensorisch ein gradweiser Perceptionsabschluss nach Aussen; gemüthlich eine einseitige Schmerzgebundenheit; motorisch ein Status attonitus mit Spannung aus psychischer Hemmung oder wirklicher Starre, meist blos der mimischen Muskelgebiete; sensibel eine locale Hyperästhesie bis zur Anästhesie. Bemerkenswerth sind die vasomotorischen Begleitsymptome, die bald mehr ein hyperämisch-congestives, bald mehr ein vasoparetisch mit Herzschwäche verbundenes Gepräge haben. Fast regelmässig fehlen auch locale Sympathicusneurosen im Auge und in der Speichelsecretion nicht. *W. Stark.*

Schüle, Ueber die Behandlung der unreinlichen Geisteskranken. — Allgem. Ztschr. f. Psych. Bd. 37.

Unter den Begriff der Unreinlichkeit wird nicht nur der Abusus mit Koth und Urin, sondern auch der mit Speichel und die Beschmutzung der Kleider subsummirt, jedoch vorwiegend die ersteren beiden berücksichtigt.

Die Erforschung der Aetiologie dieses Symptomes führt zu folgenden ursächlichen Momenten:

1. Psychische Betäubung und motorische Insufficienz. (Klinisch, Blödsinn.)

2. Motorischer Entäusserungsdrang oder der Zwang perverser Gefühle. (Klinisch, manische Störungen.)

3. Psychisches Motiv d. h. Wahnvorstellung. (Klinisch, Verrücktheit; Wahnmelancholie.)

Das Symptom trübt die Prognose des Grundleidens körperlich durch die Hautaffectionen, welche es hervorrufen kann, geistig durch das depravirende Herabdrücken auf eine untermenschliche Existenzstufe; es vermag den Krankheitsverlauf wesentlich zu verzögern und die Reconvalescenz zu beeinträchtigen.

Angelangt bei dem eigentlichen Thema bespricht Verfasser zunächst die Behandlung der unreinlichen Blödsinnigen.

Dieselbe wird je nach dem Grade der Störung eingeleitet:

Bei den leichtern Fällen einfacher Vergesslichkeit muss der Patient alle zwei Stunden an die Befriedigung seiner Bedürfnisse gemahnt werden.

Die schwereren psychischen Schwächezustände erfordern zum Abfangen der Faeces zweimal täglich lavements, für das des Urins öfteres Führen zum Leibstuhle am Tage, Herausheben zu demselben Zwecke des Nachts. Unterstützend wirken kalte Waschungen, Sitzbäder, Faradisation, Diät (*Brandt'*sche Suppe).

In den höchsten Graden des Blödsinns kommen das „Bett oder Fauteuils für Unreinliche" in Anwendung, ferner Receptacula für den Urin.

Die zweite Categorie, die manischen Unreinlichen lassen sich sondern in einfache, deren Therapie der vorigen gleicht, und „Schmierer".

Letztern sind ausser entsprechender Diät und Bädern noch Arzneien, welche die Reflexerregbarkeit herabsetzen, zu verabreichen.

Unter diesen spielt gegenwärtig neben Opium, Morphium und Chloral Hyosciamin eine hervorragende Rolle.

Die Erfolge, welche Verfasser speciell bei letzterm Mittel durch vorsichtig gesteigerte Dosen von 0,002—0,02 beobachtete, waren theils positiv, theils negativ.

Obwohl er zugiebt, dass seltenere grössere Einzelgaben (die Engländer gehen bis 0,045 pro dosi) viel durchschlagender wirken als vorerwähnte Applicationsweise, weil bei solcher kein cumulativer Effect sondern Angewöhnung eintritt, warnt er doch vor jener wegen der beängstigenden In-

toxicationserscheinungen dieses „motorisch und vasomotorisch lähmenden Giftes“.

Bei den unreinlichen Verrückten und den Uebergangsstadien hierzu empfiehlt sich vor Allem Bekämpfung localer Reize, da solche oft zu Sinnestäuschungen, Wahnvorstellungen und Zwangsgedanken Veranlassung geben.

Die häufigsten Ausgangspunkte hierfür sind erfahrungsgemäss Uterinleiden und sexuelle Irritationen, Störungen oder perverse Empfindungen in der Blase oder im Darm, wozu oft schon die etwas grössere Füllung derselben, auch Ascaridenreiz, genügen.

Ausserdem kommt besonders in Betracht die richtige psychische Behandlung durch geistige Ablenkung und möglichste Verminderung der Isolirung; ferner als Adjuvans die Nervina.

Aber auch mit diesem grossen Armamentarium gelangt man oft nicht zum Ziele. Es giebt verzweifelte Fälle, namentlich bei spinal Verrückten, bei welchen Verfasser das Traitement moral eine Kopfbrause, ja selbst eine vorübergehende mechanische Beschränkung nicht zu umgehen vermochte.

Verfasser, nicht zufrieden mit solchem Stande therapeutischen Könnens, möchte gerade für die Behandlung dieser Klasse von „Schmierern“ zu neuen, rationellen Beobachtungen und Versuchen aufmuntern und so die schwebende, schwierige Frage einer Lösung im Geiste der modernen Irrenpflege entgegenführen.

Dr. *Lentz* in der belgischen Anstalt zu Froidmont referirt unter dem Titel: Considerations sur les soins à donner aux gâteux — gleichfalls über diesen Vortrag, ohne wesentlich neue Gesichtspunkte hinzuzufügen.

Die Construction des von *Schüle* empfohlenen „Fauteuils für Unreinliche“ wird am Schlusse des erwähnten Berichtes durch Zeichnungen veranschaulicht.

Schlager, Zur Frage über den Einfluss des blauen Lichtes auf Geisteskranke. — Allgem. Wiener medic. Z. 1880, No. 48 u. ff.

Angeregt fühlte sich Verfasser zu seinen Versuchen durch die Mittheilungen des Italieners Dr. *Ponza* (1875) über den Einfluss des farbigen Lichtes bei Geistesgestörten, in welchen dieser auf Grund seiner freilich etwas oberflächlichen Beobachtungen sich davon günstige Wirkungen bei verschiedenen Hirn- und Nervenkrankheiten versprach.

Derselbe hatte auf den Rath Pater *Secchi*'s in ein mit rothen Fensterscheiben versehenes und roth angestrichenes Zimmer zwei Melancholiker, in ein Gemach mit blauen Scheiben einen aufgeregten Wahnsinnigen, einen vierten Irren in eines mit violetten Fenstern unterbringen lassen und bei allen diesen Kranken eine auffallend rasche Heilung gesehen.

Diesen Angaben gegenüber lauteten Berichte aus England (Dr. *Davies*) über analoge Untersuchungen weniger günstig, indem blos die Erfolge des

blauen Lichtes und zwar auch die nur in Ausnahmefällen positiv ausfielen; französische Ergebnisse (Dr. *Taguet*) und ebenso russische (in Moskau gesammelte) waren vollkommen negativ.

Nach solchen Erfahrungen schien also am meisten noch mit dem blauen Lichte Etwas auszurichten zu sein und es liess deshalb Verfasser in 4 Zellen, von denen zwei zu ebener Erde Fensteröffnungen in einer Breite von 1,89 und einer Höhe von 2,38 Meter hatten, zwei im ersten Stocke gelegene 1,5 Meter breite, 1,7 hohe Fensternischen besassen, blaue Fensterscheiben anbringen. Die Fenster selbst befanden sich etwa 2,3 Meter über dem Fussboden und waren mit farblosen Vorfenstern versehen. Von den Zellen lag eine nach Nordost, eine nach Nordwest, eine nach Süden und eine nach Westen. Den bis zur Höhe von 8 Fuss heraufgehenden grauen, im Uebrigen weissen Anstrich derselben liess Verfasser ungeändert, da ihm die Wände schon durch die Fenster allein hinreichend blau gefärbt erschienen.

In die so hergerichteten Isolirräume verbrachte nun Verfasser vom Januar bis zum Juli 1878 26 (darunter 2 männliche) und weiterhin noch mehr als 30 maniakalisch erregte Kranke in der Dauer von 3 (Morgens 10 bis Mittags 1 Uhr) 6 (9—3 Uhr) bis 24 Stunden oder 1—8 Tagen.

Bei der ersten Gruppe von Patienten wurden genaue Aufzeichnungen gemacht über die ätiologischen Verhältnisse, die nachweisbaren Organerkrankungen und Functionsstörungen, den bisherigen Verlauf und die bis dahin stattgehabte diätetisch-medicinische und psychische Behandlung, ferner über den vortretenden Symptomencomplex unmittelbar vor der Verbringung in die „blaue Zelle". Die Zeit der Isolirung, die Bewölkung des Himmels, die äussere Luft- und die Zellen-Temperatur, die Temperatur des Kranken, dessen Puls, sein ganzes übriges Verhalten während und nach der Absonderung zog man in Betracht.

Eine Reihe der betreffenden Krankengeschichten sind mit ausführlichen Detailangaben angeführt und alsdann die Ergebnisse der Beobachtungen über die Einwirkung des blauen Lichtes bei circa 60 aufgeregten Geisteskranken etwa folgendermassen zusammengefasst:

In der überwiegenden Zahl der Fälle erfolgte dadurch keine merkbare Herabminderung der Aufregung.

Bei Mehreren dagegen, welche trotz sonstiger Beruhigungsmittel erregt geblieben waren, trat schon kurze Zeit nach der Isolirung in der „blauen Zelle" auffällige motorische Ruhe ein. Dieselbe überdauerte jedoch die Internirung nur selten.

Deshalb hält sich Verfasser nicht berechtigt zur Annahme, dass der Einfluss des blauen Lichtes die Verlaufsdauer der [illegible] abkürze oder bei wiederholter Anwendung unter analogen [illegible] dem gleichen Individuum stets gleich prompt wirke.

Nachtheilige Folgewirkungen waren nicht zu [illegible] seits erschienen die manchmal unbehaglichen Empfindungen [illegible]

zelne Kranke namentlich in den Sehorganen wahrnahmen, nur sehr vorübergehender Natur, andererseits war die öfters während des Aufenthaltes in der blauen Zelle hervortretende Steigerung der bereits bestandenen Erregung nie hochgradiger als eine schon zuvor beobachtete Erregungsintensität.

Die bei einzelnen tobsüchtigen Kranken nach der Einwirkung des blauen Lichtes eingetretene motorische Ruhe, welche unter analogen Verhältnissen von Professor *Schenk* auch an Frosch-Embryonen beobachtet wurde, ist, obgleich sie meist blos temporär eintritt, als ein beachtenswerther Effect anzusehen.

Verfasser hält daher die versuchsweise Vornahme der Einwirkung des blauen Lichtes therapeutisch für gerechtfertigt bei maniakalischen Kranken, wenn andere Beruhigungsmittel erfolglos blieben.

Er empfiehlt auf Grund seiner Beobachtungen die fortgesetzte systematische Prüfung der Frage über den Einfluss des farbigen Lichtes bei Geistesgestörten und will selbst zunächst die Untersuchung der Wirksamkeit des rothen beginnen.

Burckhardt, Ueber Gehirnbewegungen. Eine Experimentalstudie. — Bern (65 S.).

Als Untersuchungsobjecte dienten:

1) Ein 22jähriges Individuum, bei dem seit dem 3. Jahre am hinteren unteren Ende des linken Scheitelbeines in Folge von Trauma eine dreieckige Knochenlücke von 3 Ctm. Höhe und 2 Ctm. Breite sich befand. (3—4.)

2) Ein 6 Jahre alter Junge mit angeborener Schädelspalte des linken Parietale, der Sut. sagittalis parallel, welche an der Sut. lambdoidea sin. mit stumpfer Spitze begann und mit breitem Rande in einer Linie endete, die vom hinteren Rande der Ohrmuschel gegen den Scheitel gezogen wird. Sie war 7 Ctm. lang, vorn 4 Ctm. hoch. (5.)

3) 7jähriger Knabe mit angeborener Spalte am Os parietale dext., welche sagittal fast durch den ganzen Knochen lief und in ihrer Mitte eine $2^1/_2$ Ctm. breite, 4 Ctm. lange Lücke bildete. (5—6.)

4) Patientin von 14 Jahren, bei der nach einer Verletzung des linken Arcus supraorbitalis im 11. Jahre wegen zunehmenden „Hirndrucks" zwei Jahre nachher an obiger Stelle die Trepanation gemacht wurde. Die Oeffnung hatte 2 Ctm. Durchmesser. (6—8.)

Die Resultate der pulsatorischen Erscheinungen, welche Verfasser durch seine graphische Methode (Uebertragung auf einen Registrirapparat mittelst Gummiballons und hölzernen Hebels [9]) an diesen 4 Fällen beobachtete, lassen sich in folgenden von ihm selbst formulirten Sätzen zusammenfassen:

1) Der Hirnpuls des offenen Schädels entsteht in den Arterien des freiliegenden Hirntheiles.

In Bezug hierauf werden die Theorien Anderer, dass das Gehirn von

den sich ausweitenden Arterienstämmen der Basis in toto erhoben werde (17), oder dass es sein Volumen nicht ändere (18), abgewiesen.

2) Je nach dem Zustande der Arterien verändert der Puls seine Form. Der tricuspidale Puls ist nicht der normale Hirnpuls, sondern kommt nur unter bestimmten Bedingungen vor.

An der Hand des Satzes: „die Zeit allein ist es, welche die einzelnen Componenten der Pulswelle nach ihrem Ursprunge taxiren lässt, die Form giebt gleichsam nur an, wie die Arterie den ihr gewordenen Auftrag ausführt" (16), ist die Entstehung des tricuspidalen Pulses darauf zurückzuführen, dass sich die erste postsystolische Welle, der systolischen supponiren kann und zwar deswegen, weil sich die Arterienwand nicht energisch genug contrahirt, schlaffer ist als normal (15).

3) Im geschlossenen Schädel dehnt sich das über dem Tentorium liegende Gehirn mit jeder Pulsation gegen die ventriculäre Oberfläche, also concentrisch, aus. Das Kammerwasser verschiebt sich gegen gleichzeitig abschwellende Hirnpàrthien und drückt den dünnen Boden des III. Ventrikels gegen die nachgiebigen Cisternen der Basis. Durch die Oeffnungen des IV. Ventrikels wird ein weiterer Ausgleich ermöglicht.

Fragliche Ausdehnung, bei der sich das Gehirn gleichzeitig gegen Knochenkapsel und die Fortsätze der Dura mater anstemmt, wird durch die Richtung seiner Gefässe bestimmt, welche von der corticalen der ventriculären Oberfläche zustreben (22). Da die Expansion in concentrischen Ringen gleichsam von der Basis gegen den Scheitel fortrollt (23), wird das Kammerwasser successive verschoben, macht sich also theilweise selbst Platz, weshalb nur noch ein kleiner Theil der Pulswelle durch wirkliches Ausweichen abzugleichen ist. (Die Kleinheit der Pulsbewegung der Membrana obturatoria findet hieraus ihre Erklärung) (24).

4) Der arterielle Ueberdruck wird zur Fortbewegung der Blutsäule und der serös-lymphatischen Flüssigkeiten verbraucht.

Letztere stellen ein bewegliches Medium dar, das die Druckdifferenzen des venösen und arteriellen Blutes vermittelt und um so kräftiger wirkt, je höher der arterielle Blutdruck steht (28).

Die Beobachtung der **respiratorischen** Bewegung ergiebt:

1) Auch ruhiges Athmen macht sich in der Hirncurve geltend.

Die Norm ist, dass sich während der Exspiration das Curvenniveau hebt, während der Inspiration senkt (30).

Alle die Exspiration verstärkenden Acte tr[illegible] mehr oder minder rasch und kräftig in die Höhe (31[illegible]

2) Starke Exspirationen zeigen eine entsprechen[illegible] ein ihnen folgende secundäre Erhebung der Curve. Die [illegible] d venösen Rückstauung und vermehrtem arteriellen Druck [illegible] einer reflectorischen Erweiter[illegible]

Für eine reflectorische Erweiterung spricht die Grösse der Pulsationen bei geringerer Frequenz und das Wechselverhältniss, welches zwischen der Raschheit des Auftretens der secundären Erhebung und öfters wiederholten forcirten Exspirationen besteht (35).

3) Die venöse Rückstauung beginnt gleichzeitig von allen Sinus aus und äussert sich deshalb zuerst im Gehirnmantel und erst etwas später im Stammhirn.

Der gleichzeitige Beginn wird bedingt durch die Starrheit der Sinus, weil die Blutsäule nirgends ausweichen kann und sich somit als Ganzes bewegen muss (36).

Im ventriculären Stromgebiet tritt sie etwas später auf, da dessen Venen fast alle in einen Kanal sich vereinigen, der einen langen Verlauf und sehr nachgiebige Umgebung besitzt (37).

4) Während der Exspiration wird der Lymphstrom in das Parenchym des Gehirns getrieben, das Kammerwasser gegen die Basis.

Die dritte Art der Hirnbewegung wird vasculäre genannt, weil sie eine Bewegung der Gefässe anzeigt, die von sensibeln oder sensuellen Fasern aus angeregt (nicht „passiv", wie *Mosso* meint), durch Vermittlung der Gefässnerven in den Gefässmuskeln ausgelöst wird (49).

1) Die vasculäre Welle ist ein integrirender Bestandtheil der Hirnbewegung.

Sie stellt eine sanfte Wellenbewegung des mittleren Curvenniveaus dar; welcher die Fuss- und Gipfelpunkte der Curve in nicht ganz parallelen Schlangenlinien folgen (39).

2) Sie wird durch neuropsychische Reize aller Art gefördert und gehemmt.

Verlängernd auf dieselbe wirken z. B. Vollbäder von 25—33° C., *Esmarch*'sche Einwickelung des Armes etc., verkürzend Vollbäder von 35—38° C., Galvanisation des Grosshirns und Sympathicus (39). Die Höhe der Welle steht mit der Länge in keinem constanten Verhältniss (43). Gemüthliche Reize erhöhen dieselbe (44).

3) Sie ist deshalb als ein Gefässreflex aufzufassen. (Siehe oben.)

4) Sie beeinflusst ihrerseits die Puls- und Respirationsbewegung des Gehirns.

Während des Hochstands werden die einzelnen Pulsationen grösser, alle Erhebungen höher und runder. Auf ihrem Höhepunkte erscheint öfters der Pulsus tricuspidalis.

Es entspricht der Hochstand einer Relaxation der Arterien (51).

Die respiratorische Welle der Hirncurve erleidet durch die vasculäre eine ähnliche Beschränkung wie die pulsatorische (52).

5. Sie schreitet in Isorrhopen von der Basis des Gehirns zum Scheitel fort.

D. h. Eine Horizontalebene des Gehirns nach der anderen ist im Zustande der Arteriencontraction bezw. Relaxation (53).

6. Sie befördert den intra- und extravertebralen Lymphstrom von der Basis zum Scheitel.

Wo die vasculäre Welle Platz schafft, tritt der Liquor ein (55).

Beginnt die Bewegung an der Basis, so werden zunächst die basalen Hirntheile abschwellen, das Kammerwasser wird, dem noch vom Vertex her wirkenden Drucke folgend, leicht durch die Oeffnungen des vierten Ventrikels ausströmen und der auf die Convexität des Gehirns weitergehenden Contraction folgen können (56).

7) Die Carotis zeigt die vasculäre Welle ebenfalls.

Es ist deshalb nicht schwierig, sich auch am Carotispulse die nöthigen Aufschlüsse zu verschaffen, indem man die Versuchsbedingungen ändert (64). *W. Stark.*

Allgemeine Therapie.

Batty Tuke, The Open-Door System. — J. of ment. sc. Oct.

James R. Dunlop, The Open-Door System. ibid.

Robert Cameron, The Open-Door System. ibid.

Auf die von Dr. *Needham* gestellte offene Anfrage sind nun die Antworten erfolgt — alle in bejahendem Sinne. Das Open-Door System hat erfahrungsgemäss keine der gefürchteten Nachtheile, wohl aber ausserordentliche Vortheile gezeigt: Entweichungen und Selbstmorde sind nicht häufiger geworden, „mechanischer und chemischer Restraint" sind seitdem unnöthig, die Kranken behaglicher, in ihren Heilungsbedürfnissen besser gefördert, das Wartpersonal wachsamer, die Ausgaben nicht grösser. Und zwar ist die freie Behandlung nicht nur in Privatasylen, sondern ebenso in grossen Anstalten mit unbemittelten Kranken nach diesen Richtungen erprobt. Nirgends mehr Sehnsucht oder gar Rückkehr zum alten System. Wer Zweifel hegt, möge sich selbst an Ort und Stelle überzeugen — ein Desiderium, welches Niemand lebhafter für sich hegt als Ref. selbst.

C. H. Hughes, Practical notes illustrative of How to dispose of the Insane. — The Al. and Neur. Juli.

Verf. zeigt an einigen klinischen Beispielen, die er epikritisch bespricht, die Nothwendigkeit eines der Individualität des Krank [illegible] rden-den ängstlichen Handelns. Der Artikel ist die Ergä [illegible] her Arbeit des Verf.: Problems in Psychiatry. Bemerkens [illegible] ge-wisse gegenwärtige Zeitfragen — dass Verf. in Fall [illegible] „Zwangsfütterung, zwangsmässige Darreichung von Ar [illegible] swungene Bettruhe" anempfiehlt, „bis die Geistesstörun [illegible]

oder andere Symptome darbietet". In einem Fall von beginnender Paralyse bei einem Manne schlug Verf. allgemeinen Galvanismus, Luftaufenthalt, Digitalis, Brom Ammonium (gelegentlich Chloral) und Tonica vor.

Ernst Hjertström, Fall von langwieriger Nahrungsverweigerung. nebst Bemerkungen über Zwangsfütterung. — *Schm.* Jahrb. Bd. 191.

Der klinische Fall gehörte zur Katatonie, die Nahrungsverweigerung war durch Hallucinationen bedingt; dieselbe dauerte ca. 5 Monate. Die Nahrung, welche dem Kranken zwangsweise beigebracht wurde, betrug täglich ungefähr 50 Cub.-Zoll Milch, 3 bis 4 Eier mit Salz und Zucker, 20 Cub.-Zoll Brei aus Gerstenmehl, ungefähr 25 Cub.-Zoll Erbsbrei und etwas Cognak — auf 3 Einspritzungen vertheilt. Verf. räth mit der Zwangsfütterung (per Sonde) nicht zulange zu warten, und dieselbe energisch durchzuführen. Zur Entscheidung wegen etwaigem Eindringen der Sonde in den Larynx räth er in zweifelhaften Fällen das obere Ende der Sonde für einen Augenblick zuzudrücken, um zu sehen, ob Respirationshemmung eintrete; sicher entscheidend würde es sein, wenn man den Kranken nach Einführung der Sonde bewegen kann ein Wort zu articuliren.

Brosius, Die medicamentöse Behandlung der Psychosen. — Deutsche med. Wochenschr. No. 51.

Veranlasst durch eine Recension in der betreffenden Wochenschrift über einen frühern Artikel des Verfassers („Aus meiner psychiatrischen Wirksamkeit") vertheidigt derselbe seine dort ausgesprochene und angefochtene „alte" Ansicht, dass der Verlauf der Psychosen fast nie durch Medicamente coupirt oder wesentlich verkürzt werde, dass sie auch ohne pharmaceutische Mittel zur Genesung übergingen.

In seiner Anstalt, wo bei der weitaus grössern Mehrzahl der Kranken Arzneien gar nicht angewendet würden, seien die Genesungstabellen zum mindesten nicht schlechter (50 pCt.) wie die anderer Anstalten. Ebensowenig sei dabei die Raschheit der Genesung (circa 6 Monate im Durchschnitte) beeinträchtigt.

Verfasser glaubt, dass die Abschaffung des „chemischen Restraint" zu den allgemeinen Fortschritten der künftigen Psychiatrie gehöre, und führt als Ergänzung zu den früher von ihm aufgezählten gleichlautenden Stimmen anderer Autoren analoge Aeusserungen von *Conolly*, Dr. *Maudsley*, *Nasse* und Dr. *Stark* an.

Die Anstalt als solche — mit ihren Räumlichkeiten und Einrichtungen — scheint ihm das wichtigste Medicament gegen Psychosen zu sein, dem als bewährtes Beruhigungsmittel der Alkohol, gereicht im Vereine mit reichlicher und guter Kost, zur Seite steht.

Zur Bekämpfung mancher Einzelsymptome des Irreseins giebt Verfasser die Wirksamkeit gewisser Arzneien zu.

Lailler, Note sur l'emploi des peptons de viande dans l'alimentation des aliénés sitophobes. — Ann. méd. psych.

Verf. bespricht in diesem Aufsatze die Darstellung und Anwendung des Fleischpeptons zur künstlichen Ernährung. Er unterzieht zuerst die käuflichen Präparate dieser Art einer Besprechung und findet, dass dieselben durchaus unzuverlässig sind. Angestellte Untersuchungen ergaben ihm, dass sie meist nur aus Gelatine — Leim — mit einem Zusatz von Fleischextract beständen, weshalb er bei Bedarf die Selbstdarstellung des Fleischpeptons trotz der nicht geringen Mühe für geboten hält.

Lailler verfährt hierzu folgendermaassen: ein Kilogramm frisches Ochsenfleisch, von Fett und Sehnen befreit und äusserst fein zerhackt, wird mit 5 Liter Wasser und 20 Gramm Salzsäure von 1,12 sp. G., sowie der nöthigen Menge Pepsin in geringem Ueberschuss einer zwölfstündigen Digestion bei einer emperatur von 45° unterworfen. Da die Lösungsfähigkeit der Pepsine des Handels für Muskelfasern nicht immer die gleiche ist, so hat man die Verdauungskraft seines Pepsins erst zu erforschen und dann die zu obigem Kilogramm Fleisch nöthige Menge zu berechnen. — Das Gemisch ist während der Digestion öfters umzurühren, auch muss auf genaue Einhaltung der Temperatur gehalten werden. Nach und nach tritt eine Verflüssigung ein, die in der Regel nach sechs Stunden beendet ist. Die Masse ist durchscheinend geworden und besteht nun aus einem Gemisch von Pepton und Muskelfibrin. Damit ist aber das Ende der künstlichen Verdauung noch nicht erreicht, es sind noch unveränderte Proteinsubstanzen vorhanden, die durch Zusatz von Salpetersäure oder durch Kochen noch coagulirt werden. Um auch diese noch in die nicht mehr fällbare Modification überzuführen, ist eine fortgesetzte Digestion nöthig, und man wird nach weiteren sechs Stunden den Zeitpunkt erreicht haben, nach welchem wir in dem Gemisch ein unverändertes Eiweiss nicht mehr zu erkennen vermögen. Die Peptonisirung des Fleisches ist damit beendet. Man trennt die Flüssigkeit durch Coliren von einem geringen ungelösten Rückstande, neutralisirt mit doppeltkohlensaurem Natron, und dampft schliesslich zur dicken Syrupconsistenz ab.

Auch für Fälle, in denen eine künstliche Ernährung mit der Schlundsonde nicht möglich ist und die Nahrung vermittelst Lavements zugeführt werden muss, stellt *Lailler* ein Fleischpepton mit Pepsin dar, dem er vor dem mit Pankreas bereiteten den Vorzug giebt, da dieses einer [illegible] setzbarkeit unterworfen, bald in Fäulniss übergeht, und dadr[illegible] wendung in der Praxis fast unmöglich macht. Seine Vorschr[illegible]

Mageres Ochsenfleisch 100 Theile,
Pepsin . . . . . 4 „
Glycerin . . . . . 20 „
Mit Salzsäure angesäuertes laues Wasser 80 „

Das Ochsenfleisch wird in einem steinernen Mörser zu einem feinen Brei verarbeitet, die übrigen Substanzen zugesetzt und einer Digestion bei constanter Temperatur zwischen 40 und 45° unterworfen. Die anfangs rothe Farbe wird nach und nach grau, nach 5—6 Stunden ist die Einwirkung vollendet. Das fertige Präparat stellt eine flüssige, undurchsichtige, fast geruchlose Masse dar, die man nur noch von dem ungelösten Rückstande durch Coliren zu trennen hat. Dieser soll nicht mehr als 8—10 Gramm betragen. Ein solches Fleischpepton zeichnet sich durch eine monatelang andauernde Haltbarkeit aus, die wesentlich durch den Zusatz von Glycerin erzielt wird, das nach dem Verfasser die Activität des Pepsins durchaus nicht beeinträchtigen soll. *Lailler* erwähnt einen Fall, wo ein solches Peptonklystier als tägliche Dosis längere Zeit und ausschliesslich zur Ernährung verabreicht wurde. Der Erfolg war ein durchaus zufriedenstellender, so dass die Möglichkeit einer ausschliesslichen Ernährung auf diesem Wege nicht mehr zweifelhaft erscheint.

Aetiologie.

Insanity and uterine disease. — Amer. J. of Ins.

L. F. Pitkin von N. Y. hatte in fast jedem Falle von 150 geisteskranken Frauen irgend eine Uterinstörung gefunden, welche allermeist vor dem Eintritt der Psychose schon bestanden hatten. Dem entgegen will Dr. *Putzel* bei nahezu einem Hundert von Autopsien Seelengestörter weniger Uterinleiden beobachtet haben, als vergleichsweise bei Gesunden; er glaubt auf diesen Befund hin betonen zu müssen, dass beiderlei Leiden — das locale genitale und das cerebrale — blos nebeneinander bestehen, und die Urgirung eines ätiologischen Zusammenhangs ebenso fehlerhaft ist, als eine darauf gegründete ärztliche Behandlung.

Brunet, De la fièvre typhoide chez les aliénés. — Gaz. des hôp. 1880. No. 115. (Irrenfreund 9.)

Verf. bestätigt den von *Nasse* 1870 beobachteten manchmal günstigen Einfluss des Typhus auf den Verlauf von psychischem Hirnleiden. Zwei acute Maniaci genasen vollständig und dauernd nach Ausbruch der ersten Typhussymptome. Zwei Frauen, eine Manica und eine an Folie circulaire Leidende, genasen ebenfalls, starben aber in der Folge am Typhus. Bei zwei Originär-Verrückten traten mit dem Typhus die Intelligenzstörungen zurück, kehrten aber nach Ablauf des Typhus wieder. Ein Blödsinniger

besserte sich etwas während des Typhus. Zwei Epileptiker blieben während derselben Zeit von Anfällen verschont, der eine bis $4^1/_2$ Monate nachher, während beim andern die Paroxysmen in der Reconvalescenz wiederkehrten. Verf. glaubt in dem durch den Typhus gesetzten anämischen Hirnzustand die Ursache des bessernden resp. heilenden Einflusses suchen zu dürfen.

J. R. Dunlop, Illustrations of Heredity. — J. of ment. sc.

Schilderung einer hereditär belasteten Familie mit progressiver Entartung nebst zugehöriger genealogischer Tabelle.

P. J. Möbius, Die Erblichkeit der Nervositäten. — Memorabilien 8.

Interessanter Stammbaum einer vom Verf. gekannten und zum Theil ärztlich behandelten Familie. Im älteren Zweige der Familie waren unter dem Einflusse der Inzucht schwerere Formen der Erkrankung aufgetreten, Epilepsie und Psychosen; während in dem jüngeren Zweige, in der vierten Generation die Neurasthenie vorherrschte.

Kiernan, Psychoses produced by lead. — J. of ment. and nerv. dis.

Unter Benutzung der Literatur und Beibringung mehrerer eigener Beobachtungen kommt Verf. zum Ergebniss, dass die Blei-Psychosen in acute und chronische abzutheilen sind. Die ersteren stellen gewöhnlich Melancholien mit Angst dar; die letzteren variiren von einer „Monomanie mit einem starken Element von Dementia“ bis zu progressiver Parese. Die acuten Fälle haben eine gute, die chronischen eine schlechte Prognose. Heredität spielt wie auch sonst eine grosse Rolle. Therapeutisch sind die Anti-Saturnina von grossem Werthe.

Kiernan, Psychoses produced by Quinine. — J. of ment. and nerv. dis. July.

Verf. erzählt einen Fall, in welchem nach 3 maligem Gebrauch einer Chiningabe von 3 Gran 3 mal täglich eine acute Manie mit Gehörstäuschungen und starker Beeinträchtigung des Gesichts eintrat. Die acute Manie dauerte während der drei Monate, solange das Chinin gereicht und Pat. subcutan mit Morphium injicirt wurde, fort. In der Anstalt erhielt der Kranke Chloral, Hyoscyamus und Conium, und erholte sich so innerhalb 6 Wochen. Einen Tag vor seiner Entlassung bot er leichte Anzeichen von Malaria dar, weshalb abermals Chinin gereicht wurde — wiederum mit demselben Effect einer sofort ausbrechenden acuten Manie. Mit Aussetzen des Chinins und

dem Beginn der früheren Behandlung trat auch diesmal wieder Genesung ein. Aber nach 1 Jahr trat Pat. wiederum in die Anstalt unter den gleichen Symptomen und auf dieselbe Veranlassung wie früher ein. — In einem zweiten Fall war auf 10 Gran Chinin eine „condition of extreme dementia" gefolgt. Auch hier folgte Genesung, später auf 5 Gran Chinin Rückfall mit abermaliger Herstellung. Malaria war auch hier zugegen gewesen.

Verf. betont in der Epicrise die bei den beobachteten Fällen vorhandene hereditäre Disposition. Die Prognose ist günstig.

Kraepelin, Ueber den Einfluss acuter Krankheiten auf Entstehung von Geisteskrankheiten. — Arch. f. Psych. XII. 1 u. 2.

Enthält die klinischen Krankheitsbilder der Psychosen nach den acuten Exanthemen (Scarlatina, Variola, Morbilli) und Erysipelas, die hochwichtige Gruppe der typhösen Psychosen, sodann zum Schluss die Geistesstörungen nach Cholera asiatica. Die Darstellung (Fortsetzung und Schluss der früheren Aufsätze) eignet sich nicht zum Auszuge, theilt aber mit den erschienenen die Vorzüge der sorgfältigsten klinischen Schilderung mit Epicrise und Pathogenese auf breitester Literaturgrundlage. Die ganze Arbeit ist unstreitig als die beste und vollständigste des vorliegenden Themas zu bezeichnen.

---

5. Pathologische Anatomie. Referent: Ripping.

Schnopfhagen, Fr., Dr., Das Ependyma der Gehirnventrikel und die an demselben bemerkbaren Granulationen. — Wiener Jahrbücher für Psychiatrie. Band III. Heft 1 und 2 mit 5 Tafeln.

Nach einer kurzen geschichtlichen Diversion sucht *S.* zunächst die normale Beschaffenheit und den normalen Bau des Ependymes festzustellen. Nach Untersuchungen von Kinder-Gehirnen ist das Ependym eine bindegewebige Membran, die abgesehen vom Epithelüberzug sich in zwei Lagen theilen lässt, nämlich eine tiefgelegene an die Nervensubstanz angrenzende grobfaserige zellenreiche die Gefässe tragende und eine oberflächliche zartfaserige zellarme und gefässlose Schicht. Das Ependym wird nach ihm aus vielgestaltigen membranösen Bindegewebszellen (Bindegewebsplatten) mit vielen Fortsätzen aufgebaut. Das zartfaserige Grundgewebe, in wel-

chem diese Bindegewebsplatten dem Anschein nach eingebettet sind, steht im innigsten Zusammenhange mit diesen selbst; es wird eben gebildet durch die einander durchwebenden Fortsätze, mithin durch die fortsatzreichen Zellen selbst. Das Epithel des Ependyms ist bei Kindern ein Flimmer-Epithel, bei Erwachsenen ein Cylinder-Epithel. In den langen Wurzelfortsätzen des Epithels sieht *S.* nicht nur Haft-, sondern auch Nahrung zuführende Organe. Gegen die nervöse Natur dieser Epithelien spricht *S.* sich entschieden aus. Was die Granulationsbildung anlangt, so schliesst sich *S.* der Ansicht des Referenten (cf. diese Zeitschrift Band 36) an, dass je weicher, feuchter und gallertiger eine Granulation sei, desto jünger sie sei. Der Vorgang der Granulationsbildung ist nach *S.* folgender: Es bildet sich zuerst zwischen der subepithelialen und der gefässreichen Schicht des Ependyms eine aus im erhärteten Gehirn feinkörnig erscheinender Substanz und zahlreichen Rundzellen (weissen Blutkörperchen) bestehende entzündliche Exsudatmasse. Diese Exsudatmasse hebt die subepitheliale Schicht mehr und mehr ab und dringt stellenweise auch in die Gefässschicht ein. Die Exsudatmasse geht dann Veränderungen ein. Durch den von der Entzündung gesetzten Reiz beginnen die zahlreichen Bindegewebsplatten der subepithelialen Schichte zu wuchern und man sieht zahlreiche verjüngte Fasern derselben sich erheben und in bogigem Schwunge in die Granulation hineinziehen. Das Epithel des Ependyms betheiligt sich nicht activ an der Bildung der Granulationen, es wird vielmehr bei Entstehung derselben mehr und mehr zur Seite geschoben und geht zu Grunde. Es besteht also nach *S.* das lose und lockere Filzwerk der Granulationen nur aus Bindegewebsplatten und deren Ausläufern. Mit zunehmendem Alter der Granulation werden die membranösen Zellkörper der Bindegewebsplatten immer kleiner und starrer und die Fasern und bandförmigen Zellfortsätze immer freier, schmäler und starrer, bis zuletzt eine isolirte Darstellung der Bindegewebsplatten gar nicht mehr möglich ist; und so kommt es, dass das Gewebe der alten derben Granulationen zuletzt als ein zellarmes aus mächtigen sich wirr durchsetzenden bogig geschwungenen Zügen bestehendes dem Gewebe eines Fibroms ähnliches darstellt.

Die Gefässe betheiligen sich insofern bei der Granulationsbildung, als zunächst eine ungeheure Ansammlung weisser Blutkörperchen in den Wandungen stattfindet; dieselben erfüllen zunächst die Adventitialräume und veranlassen eine Dickenzunahme der Gefässwand. Mit der Umwandlung des Exsudates geht mit der Gefässwandung eine ähnliche Veränderung vor, nämlich eine bindegewebige Verdickung der Wandung mit dauernder Verengerung des Lumens des Gefässes.

Zum Schluss kommt *S.* mit den Referenten ebenfalls zu dem Resultat, dass die Granulationen des Ependyms als Produkte eines auf bindegewebiger Grundlage ablaufenden und in Bindegewebswucherung ausgehenden chronischen Entzündungsprocesses aufzufassen seien. Die auf fünf Tafeln

niedergelegten Abbildungen dienen zur Erläuterung der mitgetheilten Anschauungsweisen.

Pfleger, Ludwig, Dr., **Untersuchungen über das Gewicht des menschlichen Gehirns und seiner Theile beim Erwachsenen und über den Schädelraum in Beziehung zur Körpergrösse und zum Geschlechte, bei Geistesgesunden und Geistesgestörten. — Wiener Jahrbücher für Psychiatrie. Band III. Heft 1—2, pag. 77 u. ff.**

Verfasser bezeichnet als die Resultate seiner Untersuchungen, die im Einzelnen im Originale nachzulesen sind, folgende:

1. Das Hirngewicht bietet zwischen dem Alter von 20 bis 60 Jahren in Bezug auf den zugehörigen Schädelraum keine erheblichen Unterschiede dar. Eine deutliche Abnahme beginnt erst in den Sechziger-Jahren und eine beträchtlichere Abnahme ist erst in den Siebenziger-Jahren zu constatiren. Beide Geschlechter verhalten sich hierin gleich.

2. Das absolute Hirngewicht nimmt im Allgemeinen bei grösserer Körperlänge und grösserer Rumpflänge zu; eine Ausnahme machen jedoch die Individuen von kleinster Statur.

3. Das relative Gewicht des Gesammthirnes und seiner Theile nimmt beim Ansteigen der Körpergrössen ab, und zwar beim Kleinhirn und Stammhirn noch gleichmässiger als selbst beim Gesammthirn und Hirnmantel. (*P.*'s Gesammtgewichtszahlen sind im Gegensatz zu denen von *Bischoff* und Anderen erst die Summe der Theilgewichte des bereits zerlegten Gehirns mit inneren Häuten und Medulla oblongata.)

4. Die absolute Gewichtszunahme bei steigender Körpergrösse betrifft die einzelnen Theile des Gehirns nicht in ganz gleicher Weise.

5. Der Schädelraum des Weibes ist im Verhältnisse zur Körper- und Rumpflänge kleiner als beim Manne.

6. Das im Durchschnitte absolut leichtere Gehirn des Weibes ist auch im Verhältnisse zur Körperlänge an Gewicht geringer als das männliche, und ebenso auch in Beziehung zur Rumpflänge.

7. Bei Vergleichung der Theilgewichte des Gehirns beider Geschlechter zeigt sich der grösste Unterschied am Hirnmantel, der kleinste am Kleinhirn, und dies auch bei den an acuten Krankheiten Verstorbenen. Daher ist der Hirnmantel beim Manne absolut und relativ grösser, das Kleinhirn relativ beim Weibe grösser. Auch das Stammhirn (dasselbe umfasst nach *Meynert* auch Medulla oblongata, Pons Varoli und Corp. quadrigeminum mit den Hirnschenkeln) ist beim Weibe relativ grösser als beim Manne.

8. Das weibliche Gesammthirn ist im Verhältnisse zum Schädelraum vielleicht durchschnittlich etwas schwerer. Doch zeigt sich selbst in diesem Falle:

9. Der Hirnmantel im Verhältnisse zum Schädelraum beim Weibe im Gewichte geringer, das Kleinhirn und Stammhirn aber schwerer, so dass jenes Uebergewicht durch das relative Ueberwiegen des Kleinhirnes und Stammhirnes bedingt erscheint.

10. Bei den an acuten Krankheiten Verstorbenen, bei welchen das Hirngewicht den geringsten Verlust erlitten hat, ist der Hirngewichtsunterschied zwischen beiden Geschlechtern am grössten (bis zu 14 pCt.).

11. Bei den an chronischen Krankheiten verstorbenen Geistesgesunden, ferner bei den Geistesgestörten ist der Hirngewichtsunterschied ein geringerer (und zwar circa 10 pCt. bei den Geistesgesunden und circa 8 pCt. bei den Geistesgestörten).

12. Das Gehirn bei den geisteskranken Männern hat sowohl am Gesammtgewichte als an jedem seiner Theilgewichte im Verhältniss mehr als das der geisteskranken Weiber abgenommen (und dies selbst dann, wenn die bei den Männern häufiger vorkommenden Paralytiker ausser Betracht kamen).

Baumgarten, Paul, Dr., Ueber gummöse Syphilis des Gehirns und Rückenmarkes, namentlich der Hirngefässe, und über das Verhältniss dieser Erkrankungen zu den entsprechenden tuberculösen Affectionen. — *Virchow*'s Archiv. Bd. LXXXVI. Heft 2, pag. 179 u. ff.

Bei einer Puella publica, welche an breiten Condylomen, Schmerzen im Halse mit Beschwerden beim Schlingen, Aufgetriebensein beider Nasenbeine, starker Ozaena, linksseitiger Facialis-Lähmung, Parese der linken oberen und unteren Extremität, Schwerhörigkeit und geistiger Benommenheit gelitten hatte, nach wiederholten Inunctionskuren sich etwas gebessert hatte, dann aber nach kurzer Zeit unter den Erscheinungen eines acuten Lungenleidens gestorben war, fanden sich bei der Autopsie:

1. An der Gehirnbasis, insbesondere um den Circulus arteriosus Willisii herum und auf der die linke Brückenhälfte und den angrenzenden Theil des Kleinhirns und der Medulla oblongata bedeckenden Arachnoidealplatte sehr zahlreiche meist schwefelgelbe selten weissgelbliche oder grauweisse knotige Bildungen im Umfange von Hanfkorn- bis Erbsen- resp. Kirschkerngrösse. Ein beträchtlicher Theil derselben hatte seinen Sitz in den Wandungen der Gefässe; einige von ihnen bildeten isolirte rundliche seitliche Auswüchse des Gefässes, andere protuberirten als multiple Höcker in der gesammten Circumferenz des Gefässcylinders, andere erschienen [illegible] spindelförmige Auftreibungen der Gefässwand, noch andere zeigten sich [illegible] kugelige oder ovoide Intumescenzen in die Continuität kleiner arteri[illegible] Ramificationen eingeschaltet. Ein anderer Theil dieser [illegible] befand [illegible] in geweblichem Connex mit den Nerven der Gehir[illegible] Theil hatte einen rein arachnoidealen Sitz und stan[illegible]

ziehung zu den Gefässen oder den Nerven. Die Substantia perforata anterior befand sich im Zustande gelber Erweichung.

2. An der Innenfläche der Dura mater spinalis fanden sich längs ihres ganzen Verlaufes ab und zu Knoten von Linsen- bis Erbsengrösse, die mit glatter Oberfläche sich ganz so verhielten wie die oben beschriebenen.

3. In den Lungen fanden sich in ziemlich weiten Abständen zerstreut spärliche meist perlgraue, selten weissgelbliche, auf der Schnittfläche prominirende mohnkorn- bis hirsekorngrosse Knötchen, welche je von einem schmalen Hof schiefrig verfärbten Gewebes umgeben waren; ausserdem fand sich ein kirschkerngrosser Heerd schiefriger Induration.

4. Die Gaumenbögen waren narbig geschrumpft. In der Mitte der vorderen Fläche der Epiglottis fand sich eine etwa linsengrosse flachknotige Excrescenz von grauweisser Farbe.

Was den mikroskopischen Bau der verschiedenen Neubildungen anlangt, so zeigten die Tumoren der Dura mater cerebralis und der Dura spinalis ungefähr das gleiche Verhalten. Die Geschwulstknollen zeigten sich als aus einer Mehrheit von Unterheerden zusammengesetzt. Die Heerde erschienen wieder aus mehreren Zonen zusammengesetzt, nämlich einer äusseren aus einem sehr zellenreichen granulationsartigen Gewebe bestehenden, einer mittleren, einem nur spärliche Rundzellen führenden fibrösen Substrate, und einer inneren grössten, welche aus einem Spindelzellgewebe mit mässig entwickelter bindegewebiger Grundsubstanz bestand, dessen zellige Elemente zu verschieden breiten Bündeln vereinigt waren und in dem, wenn auch spärlich so doch wohlgebildete Riesenzellen vorkamen. Bei den von den Arterienwänden ausgehenden Knoten zeigte sich die Gefässlichtung geschlossen durch ein Neoproduct, welches mit Ausnahme der etwa vorkommenden Riesenzellen vollkommen mit den histologischen Erscheinungen einer gewöhnlichen Endarteriitis obliterans übereinstimmte; in Adventitia und Media dagegen sowie in dem zwischen Adventitia und Media gelegenen Gewebsinterstitium hatte das neugebildete Gewebe den Charakter einer verkäsenden und verkästen granulationsartigen Wucherung.

Bei den an den Nerven sitzenden Knoten zeigte sich das Neurilem sowohl als auch die einstrahlenden Septa in kleinzelliger Proliferation, nicht minder erschien die eigentliche Nervensubstanz in vom Rande nach der Mitte zuschreitender Richtung in granulationsartiges Gewebe umgewandelt. Der nodulöse Auswuchs am Kehldeckel zeigte dasselbe Verhalten wie die knotigen Neubildungen der weichen Hirnhäute. Die miliaren Knötchen in der Lunge unterscheiden sich histologisch in Nichts von den Producten der echten chronischen disseminirten Lungentuberculose: circumscripte inter- und intraalveoläre granulirende Wucherungen mit sehr reichhaltigen Riesenzellen und Epitheliodzellentuberkeln, die Neigung zu schneller käsiger Metamorphose haben.

Obwohl Verf. zugestehen muss, dass in diesem Falle die pathologisch-

anatomische Diagnostik den tuberculösen Charakter der beobachteten Hirn- und Rückenmarks-Erkrankung zu widerlegen nicht im Stande ist, so sucht er doch in gezwungener und wenig glücklicher Weise zu deduciren, dass die Wucherungen als specifisch-syphilitische, als gummöse anzusehen seien. (Das Nähere ist im Originale selbst nachzusehen.)

Kleudgen, Dr., Mittheilungen aus der Provinzial-Irrenanstalt bei Bunzlau. — Breslauer ärzlliche Zeitschrift v. 1881. No. 22, pag. 269.

Bei einer etwa 33 Jahre alten Idiotin, welche von ihrem dritten bis sechsten Lebensjahre an Epilepsie gelitten hatte, fanden sich bei der Section über die ganze Hirnrinde verbreitet zahlreiche verhärtete Stellen von 2 bis 10 Mm. grösster Flächenausdehnung. Kein Rindengebiet war frei von dieser Veränderung, aber an allen Stellen wurden die sklerotischen Partien von unverändertem Parenchym unterbrochen. Die Marksubstanz nahm nur unmittelbar unter der sklerosirten Rinde an der Veränderung Theil. Auf der oberen Fläche beider geschwänzter Kerne sass eine Anzahl kleiner derber warzenförmiger Knötchen von gleicher Farbe wie die sie umgebende graue Hirnsubstanz. Ausserdem fand sich in der Bauchhöhle eine kinderkopfgrosse einkammerige Cyste, die kein zu cystiger Entartung geneigtes Organ betraf und vom Verf. als ein anormal vorhandener ungewöhnlich erweiterter Schleimbeutel zwischen M. psoas major und minor angesprochen wird.

Schmidt, H. D., Dr., New-Orleans. Destructive Lesion of the left cerebral Hemisphere etc. — The Journal of nervous and mental disease. Oct. 1881. pag. 737 u. ff.

Der Fall betrifft einen Irren, der vor 13 Jahren mit einer Keule auf den Kopf geschlagen war. Nach dem Schlage war Patient längere Zeit bewusstlos gewesen; als er zu sich kam, war er doppelseitig gelähmt gewesen. Die Lähmung der linken Seite hatte sich später verloren und nur die der rechten Seite war zurückgeblieben. Sein Allgemeinbefinden war im späteren Leben nicht gestört gewesen, es fehlten Convulsionen, Kopfschmerzen; der Verstand war klar, doch war Patient leicht reizbar. Wenige Monate vor seinem Tode wurde er stumpfer, unbesinnlich und unvergesslich, er konnte seine Wünsche nicht mehr aussprechen, murmelte unverständliche Worte. Etwa drei Wochen vor seinem Tode wurde er bewusstlos und verfiel in Zustände von Ohnmacht mit Convulsionen. In der linken Scheitelgegend fand sich eine ovale tiefe Depression. Die Haut über derselben war nie verletzt gewesen und mit ebenso dichtem Haar bewachsen wie auf dem übrigen Kopfe. Die Schädelhaut liess sich an der Stelle leicht ablösen. Nach Ablösung derselben zeigte sich, dass die De

veranlasst war durch einen Defect oder eine grosse Oeffnung in dem Schädelgewölbe; dieselbe war ausgefüllt und geschlossen durch eine straffe weisse glänzende Membran. Der Schädeldefect hatte eine ovale Form und mass 9½ Cm. in horizontaler und 5 Cm. in verticaler Richtung. Die Membran war mit der Dura mater fest verwachsen. Bei Hinwegnahme der Dura mater fand sich rechterseits eine grosse hämorrhagische Cyste mit dicken Wandungen. Die Cyste mass in der Richtung nach unten 6½ Cm. und in horizontaler Richtung 10 Cm. Der obere Rand dieser Cyste verlief mit der Längs-Fissur in einem Abstande von 18 Mm. In Folge des Druckes der Cyste zeigte die Oberfläche der rechten Grosshirn-Hemisphäre eine concave Form. In der linken Hemisphäre fand sich eine grosse Vertiefung, welche sich durch das hintere Drittel der mittleren Frontalwindung, durch die zwei unteren Drittel der vorderen und hinteren Centralwindungen, die ganze Supramarginal-, den vorderen Theil der Angular- und den oberen Theil der oberen Temporal-Windung erstreckte. Vollständig zerstört bis auf die Marksubstanz war die Hirnrinde an der mittleren Frontalwindung, dem mittleren Theile der vorderen und hinteren Centralwindung und dem grössten Theile der Supramarginalwindungen. Interessant ist in diesem Falle das lange Bestehen so beträchtlicher Zerstörungen ohne verhältnissmässig schwerere Symptome und das Zustandekommen eines so beträchtlichen Schädeldefectes ohne eine jeweilige Continuitätstrennung der äusseren Haut

Deecke, Theodore, The condition of the brain in insanity. — American Journal of Insanity for April 1881.

Der Hauptcharakterzug des Gehirns von Geisteskranken ist nach dem Verf. der der Atrophie, herstammend von Störungen seiner Ernährung. Als Quelle dieser erscheinen in erster Linie Affectionen des sympathischen Nervensystems, nicht direct in Beziehung auf die Ernährung der constituirenden Elemente, sondern vielmehr in Beziehung auf die Thätigkeit, welche der Circulations-Apparat in dem Ernährungsprocess spielt. Die ersten anatomischen Veränderungen finden sich daher in dem Gefässsystem des Gehirns. Es kommen dabei in Betracht Aenderungen in der Permeabilität der Endothelauskleidung, in der Zusammensetzung des Blutes, in der Geschwindigkeit des Blutlaufs, und in dem intravasculären Druck. In dem einen Falle besteht die Veränderung in einer Contraction und Induration der Endothelauskleidung der Gefässe, verbunden mit einer Infiltration der Zellen mit Substanzen aus dem normalen Zerfall der Gewebe, durch welche der Stoffaustausch zwischen den Geweben und dem Blut herabgesetzt wird; in fortgeschritteneren Stadien kann dieses Material niedergelegt werden in den perivasculären Räumen und sich anhäufen in der Umgebung der Gefässe, dort die Grundlage für Neoplasmen und Zellproliferationen bildend. In dem anderen Falle sind die Gefässe abnorm erweitert, was

dann mehr oder weniger rapide Veränderungen in der Füllung der Gefässe, Schwankungen zwischen capillärere Ueberfüllung und Anämie begünstigt. Die ersteren Zustände sind meistens verbunden mit den Symptomen der Melancholie, die letzteren mit den Symptomen der Manie. Diese Zustände sind entweder primärer Natur oder die Folge pathologischer Processe, welche von anderen Organen auf die Nervencentren wirken. Im ersteren Falle sind sie rein nervösen Ursprungs, im letzten Falle kommen namentlich drei Veränderungen in Betracht: 1) Veränderungen in der Zusammensetzung des Blutes und alle die Affectionen, welche solche Veränderungen bewirken; 2) Tuberculöse Infiltration und 3) Syphilitische Infiltration. Bei den Veränderungen in der Zusammensetzung des Blutes kommen in Betracht alle Formen von Chlorosis und Anämie wie Leucocythämie, Oligocythämie, Hydrämie und Anhydrämie, progressive perniciöse Anämie, Pyämie und Septychämie; ferner die acuten fieberhaften Processe wie Pneumonie, Pleuritis, acuter Gelenk-Rheumatismus, Insolation, Meningitis; ferner die infectiösen und epidemischen Krankheiten wie Scarlatina, Variola, Intermittens, Typhus, Erysipelas, Pellagra; ferner die Intoxicationen mit Alkohol, Absynth, Chloroform, Chloral und Blei. Die Formen, welche diesen Veränderungen in der Zusammensetzung des Blutes folgen sind Delirium, melancholische und maniakalische Aufregung und ihre Folgen. Bei der ersten Art der Veränderung (Chlorosis und Anämie) werden vorzugsweise die Gefässdistricte in den Temporalwindungen, bei der zweiten und dritten Art (den fieberhaften und den infectiösen Prozessen) die Gefässdistricte der Parietal- und der vorderen und hinteren Central-Windungen, und bei der vierten Art (den Intoxicationen) die Gefässdistricte der Frontallappen und der Hirnbasis mit Pons und Medulla oblongata betroffen. (! ? der Ref.)

Die Gewebsveränderungen bei der tuberculösen Infiltration sind mehr örtlich beschränkt und treffen vorzugsweise die Capillaren; bei der syphilitischen Infiltration wird mehr der ganze arterielle Apparat betroffen. Die Folge beider ist eine Verminderung des Stoffwechsels und es sind deshalb damit verbunden Symptome psychischer Depression, bei der syphilitischen Infiltration wechselt diese dabei nicht selten mit periodischen Zuständen von Delirium und subacuter maniakalischer Erregung.

Die Veränderungen rein nervösen Ursprungs kommen zu Stande mit Hülfe des Herzens, dessen Action je nach dem sensoriellen oder nervösen Reize beschleunigt oder verlangsamt wird. Diese Einwirkung wird vermittelt durch die Einschaltung grauer Kerne in der Medulla oblongata, welche durch sensitive Fasern mit den psychischen Hirntractus in Verbindung steht. Wenn nun psychische Reize langdauernd einwirken, wie Ueberarbeiten, Sorge und Angst etc., so setzen sie diese Veränderungen, indem sie die Erregungen auf das Gefässsystem reflectiren.

Die Ansicht, dass in den Gehirnen Geisteskranker nach dem G[illegible] system die Bindesubstanz am meisten in Mitleidenschaft gezogen [illegible]

nach Ansicht des Verfassers unrichtig; nach ihm sind es vielmehr die Nervenzellen der Corticalsubstanz selbst. Die Veränderung betrifft vor Allem die basalen Verlängerungen der pyramidenförmigen Zellen, indem sie einen Coagulationsprocess oder eine allmälige Contraction eingehen, bis sie fast ganz verschwinden und aussehen wie kleine knotige Protuberanzen des Protoplasmakörpers der Zelle. Der Erfolg ist also eine Unterbrechung des Zusammenhanges zwischen den Zellen und den Fasern, welche bestimmt sind, auf einander einzuwirken.

Kundrat, Hans, Dr., Die Porencephalie, eine anatomische Studie, mit 9 lith. Tafeln. — Graz 1882.

K. behandelt hier an der Hand von 29 fremden Beobachtungen aus der Literatur und von 12 eigenen Fällen, jene von *Heschel* mit dem Namen „Porencephalie" belegten Defectbildungen und grubigen Substanzverluste an der Oberfläche der Grosshirnhemisphären, welche entweder offen in die Arachnoidealhöhle münden oder von dieser durch eine über sie hingespannte Arachnoidealdecke abgeschlossen sind und mehr oder minder tief in die Hemisphärenmasse selbst bis an das Ependym, ja häufig sogar durch dieses bis in die Ventrikel greifen. Er unterscheidet vier Defect-Formen:

1) in Entwickelung begriffene, 2) ausgebildete, 3) mit Hydrocephalie verbundene und 4) vernarbte Defecte.

Die Defecte sind allerdings wohl meistens angeboren, doch nicht immer; auch sind sie nicht aus mangelhafter Entwickelung, sei es durch Fehlen der Anlage, sei es durch mangelhafte oder gehinderte Ausbildung zu erklären, sondern es sind Defectbildungen, welche nach vollendeter Anlage, ja oft nach vollendeter Ausbildung, also durch pathologische Processe im engeren Sinne, zu Stande kommen. Als Hauptcharakteristicum der angeborenen Defecte bezeichnet er die radiale Stellung der Windung gegen den Rand resp. Mittelpunkt des Defects. Ferner senken sich bei den angeborenen Defecten, wenn sie nach aussen abgeschlossen sind, die Windungen mehr oder minder steil abfallend gegen den Grund, gemeinhin den Rand der Lücke des Ependyms, so gewissermaassen die Wände des grubigen Defects bildend, während die Arachnoidea als Decke im Niveau der Hirnoberfläche darüber hingespannt bleibt; bei den erworbenen findet dies nicht oder nur in sehr geringem Maasse statt.

Die anatomische Grundlage für diese Defectbildungen, und zwar die angeborenen sowohl als die erworbenen, bilden Erweichungsprocesse des Gehirns. Es unterscheiden sich letztere dadurch wesentlich von den übrigen Formen der „Encephalitis", dass in ihnen eine allgemeine und umfangreiche Gefäss- und Bindegewebsneubildung stattfindet, welche persistirt, während nur die nervösen Elemente eine retrograde Metamorphose eingehen. Bedingt wird diese Art der Erweichung meistens durch locale Anämie, die

ihre verschiedenen Ursachen haben können, seltener durch Hämorrhagien und Thrombosen.

Der Sitz der Defecte war in 27 Fällen im Bereiche der Arteria cerebri media (Art. Fossae Sylvii), in 3 Fällen im Bereiche der Arteria cerebri anterior, in 5 Fällen in dem der Art. cerebri posterior, in 4 Fällen war der Bezirk nicht abgegränzt.

Was die speciellen Hirnbezirke anlangt, in denen die Defecte ihren Sitz hatten, so waren es:

1) in 3 Fällen die Stirnlappen,
2) in 5 Fällen die Gegend der Insel und ihre Umgebung,
3) in 5 Fällen die Gegend der Centralfurche,
4) in 12 Fällen die Convexität der Hemisphären,
5) in 2 Fällen die oberen Scheitellappen,
6) in 5 Fällen die Schläfelappen.

Was die psychischen Verhältnisse bei der Porencephalie anlangt, so geht aus den beobachteten Fällen hervor, dass bei angeborener oder frühzeitig erworbener Porencephalie sehr häufig Idiotie vorhanden ist, dass sie jedoch nicht immer davon begleitet ist oder begleitet sein muss. Ebenso ist das Sprachvermögen sehr häufig gestört und zwar findet sich am häufigsten ein vollständiger Mangel der Sprache, so dass nur unarticulirte Schreie bei gewissen Affecten etc. ausgestossen werden. Eine noch häufigere Begleiterscheinung bilden die Lähmungen, die bald alle Extremitäten, bald nur die der entgegengesetzten Seite befallen, stets permanente und häufig mit Contractur verknüpfte sind.

Die angeborenen und früh erworbenen Defecte können auch symmetrische und asymmetrische Schädelmisstaltungen erzeugen.

Das Nähere ist in dem schön ausgestatteten, klar und leicht geschriebenen und durch 9 schön ausgeführte Tafeln erläutertem Werke nachzusehen.

---

6. Specielle Pathologie und Therapie.

Referent: Pelman.

Mendel, Melancholie. — *Eulenburg's* Realencyclopädie. Bd. VIII. p. 664.

Die Melancholie ist eine functionelle Gehirnkrankheit mit abnormen psychischen Erscheinungen, deren Grundlage eine krankhaft gesteigerte Erregbarkeit der sensitiven Seite der Psyche ist. Ihr Analogon i[illegible] pathologie bildet die Neuralgie, wie bei dieser der körperlich[illegible] bei jener der seelische Schmerz, der das Wesen der Störung au[illegible]

typische Form der Melancholie lässt klinisch 3 Stadien unterscheiden, die zwar nicht scharf von einander geschieden, aber doch genug Eigenthümlichkeiten besitzen, um ihre Annahme zu rechtfertigen. 1) Das Stadium depressionis, in welchem sich die körperlichen Symptome entwickeln und neben ihnen der psychische Schmerz. Dieser wird jedoch noch als etwas Krankhaftes erkannt und der Kranke beurtheilt seinen Zustand im ganzen richtig. 2) Das Stadium melancholicum. Der Kranke hat das richtige Urtheil über seinen Zustand verloren und motivirt denselben mit allerhand Wahnvorstellungen. Je nachdem diese sich mehr auf den körperlichen oder geistigen Zustand beziehen, kann man jetzt eine Melancholie hypochondrica oder moralis unterscheiden. Doch sind beide Formen meist mit einander vereint. Die hypochondrische Form mahnt jedoch immer zu genauer somatischer Untersuchung, da sich bei ihr meist bestimmte Schmerzpunkte oder andere somatische Störungen finden, die Anhaltspunkte für die Therapie geben. 3) Das Stadium decrementi. Alle geistigen und körperlichen Störungen bilden sich zurück und oft mit so grossem Gefühl von Lebensfreudigkeit, dass der Kranke exaltirt erscheint, leitet sich die Genesung ein.

Täuschungen kommen bei der Melancholie in allen Sinnesgebieten vor. Isolirte Gesichtshallucinationen sind im Gegensatz zur Manie sehr selten. *Mendel* fand sie unter 88 Fällen nur einmal. In der hypochonderen Form fehlen fast nie Täuschungen der Organgefühle und sind nicht selten der Ausdruck eines bestehenden organischen Leidens. Die Wahnvorstellungen sind in einer grossen Anzahl von Fällen Erklärungsversuche der abnormen Stimmung, in einer andern irradiirte „Mitvorstellungen", für die häufig bestehenden Neuralgien, Hyperästhesien, Anästhesien, in noch andern Fällen für eine bestehende organische Erkrankung innerer Körpertheile, in manchen Fällen endlich auch in den wachen Zustand hinübergenommene Träume. Selbstmordversuche erfolgen entweder aus ruhiger Ueberlegung, um dem schrecklichen Zustande ein Ende zu machen, oder in einem Raptus melanchol. Sie kommen in allen Stadien vor und werden in der verschiedensten Weise versucht. Die Angstanfälle sind nach *M.* auf eine Neurose des Nervi cardiaci des Sympathicus zurückzuführen. Neben dieser typischen Form unterscheidet *M.* drei Abarten. 1) Die abortive Melancholie, die Lypemanie raisonante der Franzosen, in der nie ein Stadium melanchol. durchgemacht wird. Der Kranke behält dabei oft die Herrschaft über seinen Zustand so, dass er denselben seiner Umgebung vollständig verbergen kann. Sie ist gerichtlich von grosser Bedeutung und nicht selten Ursache unmotivirt erscheinender Selbstmorde. 2) Die Melancholia attonita, den Stupor der Autoren. 3) Melancholia periodica. Sie ist eine chronische Gehirnerkrankung, welche die Eigenthümlichkeit besitzt, sich in periodischen Anfällen von Melancholie zu äussern, ihr Bestehen aber auch im Intervall durch die Zeichen geringer geistiger Abschwächung bekundet. Eine Melancholia transitoria erkennt *M.* ebensowenig wie eine Mania transit. an. Der Verlauf der Melancholia ist anfangs ein stossweiser, später ein continuirlicher. Doch

sind die Morgen meist schlechter wie die Abende. Die Dauer schwankt zwischen wenigen Wochen und vielen Jahren, beträgt aber im Durchschnitt 8—10 Monate. Die Ausgänge sind 1) Genesung (60—70 pCt.), 2) secundäre Seelenstörung (Verrücktheit und Schwachsinn), 3) Tod (durch intercurrente Krankheiten, vor allen Phthise, Selbstmord und Inanition in Folge von Nahrungsverweigerung).

Die Prognose ist nicht ganz so günstig wie bei der Manie; doch rechnet *M.* 60—70 pCt. Genesungen. Sie ist um so günstiger, je kräftiger, jugendlicher das Individuum ist und je rascher die Entwickelung erfolgt. Sie wird ungünstig bei hartnäckigem Selbstmordtrieb und einer Dauer von über 15 Monaten. Doch kommen Genesungen auch noch nach 6 Jahren vor. Freilich dann meist mit geringem Defect. Die Therapie erfordert Berücksichtigung bestehender körperlicher Ursachen, sodann nicht Zerstreuung, sondern Ruhe und stete Ueberwachung. Keinem Melancholiker trauen! Morphium thut fast in allen Formen gut. *M.* redet ihm sehr warm das Wort und zwar in Dosen von 0,015 subcutan rasch bis zu 0,03—0,06 steigend, dreimal täglich. Tritt nach 14 Tagen kein Erfolg ein, so ist der Fall nicht zur Morphiumbehandlung geeignet. Digitalis, Helleborus und Kal. bromat. sind nach *M.* bei Melancholie wirkungslos, Chinin bei Schwäche und Phosphor (0,002, 2—4 mal täglich) da wo Morphium wirkungslos blieb, zu versuchen. In der attonischen Form sind mehrstündige Einwickelungen mit nachfolgenden Abreibungen oft von grossem Erfolg. Das Chloral ist nur symptomatisch indicirt.

Legrand du Saulle, Les Hypochondriaques. — Gaz. des Hop. No. 137, 143, 147, 149.

Verf. theilt die Hypochondrie in drei Hauptgruppen: 1) die einfachen Hypochondren; 2) die Hypochondren mit prononcirten sensoriellen und intellectuellen Störungen; 3) die wirklichen geisteskranken Hypochondren mit Verfolgungsideen.

Die erste Gruppe zeigt als die am häufigsten auftretende Form der Erkrankung diejenigen Kranken, deren Gedankengang sich nur auf ihren Degestionsapparat concentrirt. *L.* schildert dann noch verschiedene Unterabtheilungen, je nach der Richtung, in welcher sich die hypochondrischen Ideen zeigen, so diejenigen, deren Sorge sich auf die Urinausscheidung richtet, sie kosten und prüfen beständig ihren Urin. Eine weitere Untergruppe sind die Syphilidophoben; ferner die „spermatorrhéiques". Häufig werden auch die Fälle beobachtet mit eingebildeten Herzkrankheiten oder Lungenleiden. Seltener dagegen sind die „hypochondriaques cérébraux", von denen die, welche stets fürchten geisteskrank zu werden, die bedauernswerthesten sind.

Die zweite Hauptgruppe sind die Hypochondren mit Hallucinationen und Illusionen. Sie klagen alle möglichen Sensationen. Diese Form der

Hypochondrie ist eine schwere, und nur ein kleiner Schritt ist noch zum Irrsinn.

Die dritte Gruppe wird gebildet durch den hypochondrischen Wahnsinn. Die Einbildungen der Kranken beschränken sich nicht mehr auf die individuelle Sphäre. Es treten Verfolgungsideen auf.

Sehr verschieden und veränderlich ist die freie Willensbestimmung der Hypochondren. Je nachdem die Krankheit mehr oder weniger ausgesprochen ist, die intellectuellen Störungen mehr hervortreten, die Hallucinationen und Illusionen lebhafter und zahlreicher sind, ist der Kranke eines Vergehens oder Verbrechens fähig.

Verf. glaubt, dass die einfachen Hypochondren noch voll verantwortlich seien für ihre Handlungen; die Kranken der zweiten Hauptgruppe aber stehen zu sehr unter dem Einfluss ihrer Hallucinationen, als dass sie eine eben solche volle Verantwortlichkeit für ihre Handlungen haben können, wie die Kranken der ersten Gruppe. Die Kranken der dritten Hauptgruppe sind Geisteskranke und entbehren der freien Willensbestimmung.

Zur Illustration führt *L.* für die einzelnen Gruppen einige prägnante Beispiele an. *Schuchardt.*

A. Foville, Bemerkung über den Grössenwahn oder partielle Melancholie mit überwiegenden Grössenideen. — Ann. med. psych. 1882. Jan.

A. F. will für alle Fälle von systematisirten Grössenwahn nachgewiesen haben, dass derselbe nur die letzte Entwickelungsstufe des Verfolgungswahns ist. Er ist der höchste Grad der Wahnbildung, welchen der Verfolgungswahn erreicht, gleichsam der Schlussstein des ganzen Wahngebäudes und entwickelt sich so, dass der Hallucinant seine massenhaften, geheimnissvollen Verfolgungen einzig durch die Wichtigkeit seiner Person erklären zu können glaubt. Dies thut er dann meist damit, dass er sich für ein untergeschobenes Kind erklärt. Begünstigt wird diese Art der Schlussfolgerung besonders durch uneheliche Geburt. Dass der Grössenwahn des Paralytikers diesen Schlussprocess nicht durchzumachen braucht, ist selbstverständlich.

Wille, Zur Lehre von den Zwangsvorstellungen. — Arch. f. Psych. B. XII. H. 1, p. 1.

Auf der Grundlage von 16 ausführlich mitgetheilten Fällen eigener Beobachtung unterzieht *W.* die bisherige Lehre von den Zwangsvorstellungen einer eingehenden Kritik. Das Ergebniss ist folgendes: Zwangsvorstellungen drängen sich stets gegen den Willen des von ihnen Befallenen in das Gesichtsfeld des Bewusstseins, beherrschen dasselbe dau-

ernd, werden aber zu allen Zeiten als etwas Fremdes erkannt. Sie kommen bei erhaltener und bei gestörter Intelligenz vor, sind überhaupt nicht so selten, als man annimmt, entwickeln sich mit und ohne emotive Grundlage, so dass sie einmal durch Angstgefühle hervorgerufen werden, das andere Mal ohne solche entstehen und durch die von ihnen gesetzte Hemmung Unbehagen, Druck, Angst secundär erzeugen. Sie zerfallen in solche mit widersinnigem, absurdem und in solche mit nur falschem, unwahrem aber als solchen stets erkanntem Inhalt. Die *Westphal*'sche Gradeintheilung entspricht den wirklichen Verhältnissen. Doch sind die Grade nur Stadien desselben Prozesses, die sich eines aus dem anderen entwickeln, aber jeder für sich auftreten können. Das Zustandekommen der Handlungen hängt ab einerseits von der Intensität der Zwangsvorstellung, andererseits von der individuellen Erregbarkeit. Nicht selten dient die Handlung dazu die durch die Vorstellung gesetzte Spannung zu lösen. Wird sie verhindert, so kommt es mitunter zu schweren Erregungszuständen mit dem Charakter der Angst, den sog. Krisen der Franzosen. Diese ebenso wie die Zwangshandlungen können aber auch mit einer gewissen Selbständigkeit vorkommen.

Menschen mit blos theoretischen Zwangsvorstellungen, die dieselben also immer als etwas Fremdes erkennen und darnach handeln, sind ebensowenig geisteskrank wie ein Mensch mit Migräne. Erst mit der Zwangshandlung beginnt die Geistesstörung.

Im Verlauf der Krankheit kommt es bisweilen vor, dass die Zwangshandlungen fast bis zur Selbständigkeit sich einschleifen und dass dann minimale Reize genügen sie hervorzurufen, sie selbst aber damit einen triebartigen Charakter annehmen.

Die Zwangsvorstellungen können stationär bleiben, sich aber auch zu complicirtern Bildern weiter entwickeln. Ein solcher Ausgang derselben ist die Folie du toucher *Legrand du Saulle*'s. Allein er ist nicht der einzige. Indem die anfangs secundär ausgelösten Angstgefühle selbständig werden, primär auftreten, bildet sich eine Melancholie. Endlich kann Verrücktheit und Schwachsinn ihr Ausgang sein. Wirklich charakteristische somatische Störungen begleiten sie selten. Meist sind es die vagen Symptome der Neurasthenie als Ausdruck der bestehenden neuropathischen Anlage. Auf die Geschlechter vertheilen sich die Zwangsvorstellungen fast gleich. Sie kommen vor ebenso bei den höhern, wie bei den niederen Ständen, ebenso bei hoher, wie bei geringer Intelligenz, entwickeln sich aber stets auf hereditär oder originär neuropathischer Anlage. Die Entwickelung ist meist eine allmälige, bis in die Kindheit hinaufreichende. Nur selten ist ein plötzlicher Ausbruch. Den Verlauf charakterisiren meist Inter- oder Remissionen, oft von langer Dauer. Die Prognose ist stets dubiös, um so mehr, je weiter fortgeschritten der Prozess ist. Die Zwangsvorstellungen sind immer der Ausdruck eines originär abnorm beanlagten Gehirns, eine der vielen Erscheinungen des hereditären Irrseins, und sie

reihen sich als solches neben die Hypochondrie, Hysterie, Verrücktheit etc. ein. Für ihre Behandlung eignet sich die Anstalt ebenso gut wie für jede andere Geistesstörung, um so mehr als Selbstmorde bei ihnen nicht selten sind. Daneben hat man tonisirend durch Eisen, warme Bäder etc. zu wirken und die Narkotica auf die Aufregungszustände zu beschränken. Vom Kal. brom. sah *W.* keinen Erfolg.

Kelp, Zur Casuistik der Zwangsvorstellungen. — Irrenfr. 11.

Eine erblich belastete Frau, welche schon vor ihrer Verheirathung manche Eigenthümlichkeiten gezeigt hatte, die als Eigensinn und Sonderbarkeit gedeutet worden waren, bot in der Ehe sofort auffallende Erscheinungen dar. Sie war nicht im Stande ihren Haushalt zu führen, machte verkehrte Anordnungen, konnte mit keiner Arbeit fertig werden, kleidete sich stundenlang an, wusch sich und alle Gegenstände, mit denen sie in Berührung kam, immer wieder auf's Neue, äusserte die Besorgniss, es klebe Schmutz an ihren Händen und Körpertheilen, war von einer krankhaften Eifersucht beherrscht und vernachlässigte später ihre Kinder gänzlich. Während der zweimaligen Schwangerschaft traten die geschilderten Symptome mehr hervor. Die Kranke war wiederholt in Anstalten und fand sich hier stets viel besser wie in Privatpflege. Die Zwangsvorstellungen traten mehr zurück, obwohl sie nie schwanden. Das Leiden dauerte 38 Jahre, blieb im Allgemeinen dasselbe, ohne dass sich Dementia ausbildete. Es handelte sich also nur um eine partielle psychische Störung ohne krankhafte Veränderung der Gesammtheit der intellectuellen Functionen, eine Thatsache, auf welche schon *Westphal* aufmerksam gemacht hat.

Knecht, Casuistische Mittheilungen. I. Auftreten von Zwangsvorstellungen mit rascher Genesung, später hallucinatorische Verrücktheit. — J. f. Psych. B. III. H. 1 u. 2.

Bei einem organisch belasteten Individuum, welches wegen Mord zu lebenslänglicher Zuchthausstrafe verurtheilt war, wurde während der Gefangenschaft ein abnormes Verhalten beobachtet. Dasselbe machte oft Pausen in der Arbeit, gesticulirte mit den Händen, beklagte sich über den Kopf, Zucken im Leib, widrige Geschmacksempfindungen. Als Grund ergab sich das Bestehen von Zwangsvorstellungen (?). P. glaubte der Pabst wolle die ganze Welt zum Katholicismus zurückführen und fürchtete, er müsse ebenfalls seinen Glauben wechseln. Dieser Gedanke verfolgte ihn bei Tag und Nacht, war ihm peinlich und störte ihn bei der Arbeit. Nach $3^1/_2$ monatlicher Dauer zugleich mit einer Besserung seines Allgemeinbefindens schwand diese Vorstellung. Nach zwei Jahren wurden in Anschluss an dyspeptische Erscheinungen abermals Symptome psychischer Störung offenbar, welche als Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen religiöser

Natur beschrieben werden. Der Wahn fixirte sich, ausserdem traten hypochondrische und auf Gefühlstäuschungen bezügliche Ideen auf. Verf. glaubt in dem geschilderten Fall die Verschiedenheit zwischen Zwangsvorstellung und Wahnidee zur Anschauung gebracht zu haben, weil der Kranke bei der ersten Erkrankung, die sich ihm aufdrängende Vorstellung, welche zu seinem Gedankengang in keiner Beziehung stand, als etwas Fremdes anerkannte, während bei der zweiten Erkrankung die Vorstellungen den Geist des Kranken vollständig in Anspruch nahmen, sein Denken beeinflussten und sich rasch zu einem Wahnsystem ausbildeten. Wir überlassen es dem Leser, ob der Fall geeignet ist diesen Unterschied darzuthun.

II. Katatonische Verrücktheit. Intercurrirende spinale Paraplegie mit psychischer Klarheit, mit dem Schwinden der Lähmung Rückkehr der psychischen Störung.

Der geschilderte Fall bietet rücksichtlich der kataleptischen, tetanischen, paraplegischen Begleiterscheinungen eine solche Fülle von Material für Wahrscheinlichkeitsdiagnosen, dass ihm ein casuistischer Werth abgesprochen werden muss.

Garnier, Triebartige Handlungen bei einem schwachsinnigen Melancholiker. — Arch. f. Neur. No. V.

Die unwiderstehliche Neigung zur Begehung einer Handlung um irgend einem krankhaften Instinkte Genüge zu leisten, macht das Wesen der triebartigen Handlung aus. An die Stelle des hier fehlenden Willens ist eine Art automatischen Vorgangs getreten, der für die Epilepsie charakteristisch ist, jedoch auch bei anderen Krankheitsprocessen vorkommt. *G.* theilt einen dahin gehörigen Fall mit, wo ein stark erblich belasteter und schwachsinniger Kranker erst melancholisch erkrankt. Er empfindet dies peinlich, zieht sich von seinen Schulgenossen zurück, fängt an zu hallucinirén und sucht sich durch allerhand bizarre Handlungen vor seinen vermeintlichen Beeinflussungen zu schützen. Er behält dabei das Bewusstsein des Sonderbaren und Krankhaften seiner Handlungen, kann jedoch dem Antriebe dazu nicht wiederstehen.

Rabuske, Ein Fall von Manie nach Scarlatina. — Deutsche med. Woch. 41.

R. beschreibt einen Fall von Scarlatina, der sich dadurch auszeichnete, dass auf der Höhe der Krankheit Symptome von Geistesstörung sich einstellten. Dieselben bestanden in lebhaften Gesichts- und Gehörstäuschungen und grosser motorischer Unruhe. Nach Abfall des Fiebers un
den des Exanthems nahm die Unruhe zu und steigerte sich nach
bis zur vollständigen Tobsucht, welche 24 Stunden anhielt. Ur

dung grosser Dosen Chloral mit Morphium trat Nachlass der Erregung ein, während die Sinnestäuschungen noch fortbestanden. Nach acht Tagen war keine Störung mehr nachzuweisen. Es verdient hervorgehoben zu werden, dass die Sinnestäuschungen an Erlebnisse in der Krankheit anknüpften (ein militärisches Schauspiel) und der von Verf. geschilderte delirienartige Zustand dem klinischen Bilde entspricht, wie wir es im Verlaufe von Infectionskrankheiten zu finden pflegen.

Teschenbacher, Ein Fall von Diabetes mellitus mit maniakalischen Anfällen und letalem Ausgang unter dem Bild des Coma diabeticum. — Berl. kl. Woch. 31.

Bei einem 26jährigen Diabetiker tritt, nachdem derselbe schon eine Zeitlang ab und zu sonderbar gewesen war, vor sich hin gebrütet und gesprochen, grosse Reizbarkeit und unmotivirte Wuthanfälle gezeigt hatte, plötzlich unter heftigen Kolikschmerzen Coma ein, dem er trotz aller Excitantien innerhalb 16 Stunden erliegt. Da keine Section gemacht ist, so hat die Gesammtheit der vom Verfasser an den Fall geknüpften Bemerkungen keinen Werth.

Tuczeck, Ein Fall von objectivem Ohrgeräusch als Ursache von Melancholie. — Berl. klin. Woch. 30.

Der von *T.* in der Marburger Klinik beobachtete Fall ist dadurch bemerkenswerth, dass sich in Anschluss an ein eigenthümliches Ohrgeräusch eine Melancholie entwickelte, welche nach Hebung der Ursache wieder zurückging. Das Ohrgeräusch war plötzlich aufgetreten und objectiv wahrnehmbar. Es wurde von dem Kranken mit dem Ticken einer Uhr verglichen, ähnelte aber am meisten dem Knipsen mit den Nägeln, wiederholte sich in der doppelten Frequenz der Pulszahl, synchron mit einer Undulation über der Jugularis extern., wurde durch die Respiration nicht beeinflusst. Die Hörschärfe war vorzüglich, der Gehörgang enthielt keine Fremdkörper, das Trommelfell normal. Die Kranke war unruhig, ängstlich, suchte die Aufmerksamkeit auf ihr Ohrleiden zu lenken, glaubte im Kopf sei etwas kaput, schlief schlecht. Mit Rücksicht auf die Beobachtung, dass Andrücken des Ohrenspiegels gegen die hintere Wand das Geräusch schwinden machte, wurde der Gehörgang tamponirt. Das Geräusch schwand und blieb auch fort als die Watte entfernt wurde. Zugleich besserte sich das psychische Befinden, die Kranke wurde heiter, mittheilsam, es stellte sich Schlaf ein, das Allgemeinbefinden hob sich unn sie konnte nach 4 Wochen genesen entlassen werden.

Eine Erklärung der Entstehung des betr. Geräusches lässt sich nicht geben, die Synchronie desselben mit der Venenundulation erscheint nicht ganz bedeutungslos.

Campbell, Klagen der Geisteskranken. — J. of ment. Science. Octob.

Jedem Leiter einer Anstalt werden Klagen und Anklagen von Kranken viel zu schaffen gemacht haben. Es gilt hier mit richtigem Takt das richtige Maass zu finden, um nicht eine gerechte Klage abzuweisen, und durch übergrossen Eifer in der Verfolgung einer ungerechten das Wartepersonal nicht zu ermüden und zu verletzen. Verf. theilt eine Reihe von Fällen mit, wo Verletzungen ohne Zuthun des Wartepersonals entstanden sind, und zwar solche, die zur Vorsicht mahnen. Die Untersuchung der Sugillationen ist oft trügerisch, da sich dieselben je nach Alter, Constitution etc. des Kranken verschieden verhalten. Verf. sah ein blaues Auge nur einige Tage bestehen, in einem anderen Falle Wochen. Bei heruntergekommenen Individuen genügt das einfache Festhalten mit der Hand, um blaue Flecke und Sugillationen zu erzeugen. Auch treten Petechien und ähnliche Flecken ohne äussere Veranlassung auf. Bei alledem soll nicht geleugnet werden, dass selbst in der best geleiteten Anstalt eine Rohheit vorkommen kann. Ein räudiges Schaf ist immer darunter. Eine Gefahr liegt in der Anwesenheit schwachsinniger Kinder, deren Ungezogenheiten zu körperlicher Züchtigung reizen. Falsche Anklagen sind öfters das Erzeugniss von Hallucinationen oder von persönlicher Gereiztheit gegen einen Wärter. Im letzteren Fall ist Versetzung am Platze. Manche Kranke entwickeln ganze Gewebe von Anklagen. Bekannt ist die Anklagesucht der Hysterischen. Zumal in den ersten Tagen des Aufenthaltes in einer Anstalt, wo Alles noch neu und fremd ist, findet sich oft Veranlassung zu falschen Beschuldigungen, die nicht selten mit in die Genesung hinüber genommen werden. Bei den Epileptikern sind solche Klagen nach Anfällen gewöhnlich. Ein guter Rath ist, jeden Kläger sofort ausziehen und untersuchen zu lassen, ehe man der Klage weiteren Verfolg giebt. Die Entscheidung der Frage, ob man einen Kranken zum Eide zulassen kann oder nicht, wird nur individuell entschieden werden können und immer schwierig sein.

Corval, Beitrag zur Beurtheilung der Hydro- und Pneumatotherapie. — Berl. klin. Woch. 31.

Verfasser kommt bei Zusammenstellung der in seiner Anstalt behandelten Krankheiten, unter denen sich auch 2 Fälle von Melancholie befanden, auf die Zulässigkeit, Geisteskranke in Wasserheilanstalten zu handeln, zu sprechen. Er gelangt zu dem Schluss, dass die Verhältn
der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Wasserheilanst
angethan seien, Geisteskranke mit Vortheil dort zu beh
stattet es dem Arzt nicht die Zeit, den Kranken die nöthi
zu schenken, sodann ist das Treiben der zahlreichen

und daher dem Geisteskranken nicht zuträglich. Unruhige Kranke passen ihrerseits wieder nicht als störende Elemente in den Kreis der anderen Patienten. Auf keinen Fall darf man Geisteskranke Wasserheilanstalten zuweisen, ohne genaue Kenntniss von den Einrichtungen der Anstalt und ohne vorherige Verständigung mit dem Anstaltsarzt.

Mickle, Morphium bei Melancholie in specie seine Wirkung auf Temperatur etc. — The Practioner. Juni.

M. bespricht nur die Wirkung, welche die Anwendung des Morphiums auf das körperliche Befinden ausübt, lässt dabei aber das geistige ganz ausser Acht. Die von ihm mit Morphium behandelten Fälle betrafen durchweg solche von chronischer Melancholie. Er räth zur Vorsicht im Gebrauch des Morphiums, besonders wegen der so gern in seinem Gefolge auftretenden gastrischen Störungen. Ausserdem beobachtete er stets eine leichte Temperatursteigerung und eine Verminderung der Pulsfrequenz.

Beard, Zum Gebrauch der Bromide. — J. of nerv. and ment. dis. p. 491.

B. legt in der Behandelung der nervösen Störungen überhaupt den Bromiden denselben Werth wie dem Chinin bei der Malaria bei. Sie bewähren sich nach ihm in richtiger Anwendung bei denselben ebenso wie bei der Epilepsie. Dieselbe muss nur in der richtigen Weise ausgeführt werden. Die Brombehandlung beabsichtigt nämlich stets eine Bromisirung in höherem oder geringerem Grade, setzt also im Grunde genommen eine Vergiftung, etwas Krankhaftes, aber gerade diese Intoxication gewährt den Erfolg, wie z. B. bei der Seekrankheit, für welche Verf. geradezu das Brom als Panacee preist. Meist handelt es sich nur um die leisesten Anfänge der Bromisirung, aber ohne diese wird man selten auskommen. Daher muss man dreiste Dosen geben, um diesen Zweck eher zu erreichen. Doch ist es immer rathsam, zuerst vorsichtig zu sein, da die individuelle Toleranz gegen Brom sehr verschieden ist. Ueber 5—6 Gr. geht *B.* nicht und er lobt eine solche einzelne Dose gegen hysterische Anfälle, Kopfschmerz, Seekrankheit.

Man soll Brom, mit Ausnahme der Epilepsie, stets nur kurze Zeit geben, weil erst bei längerem Gebrauch die übeln Erfolge sich bemerkbar machen. Zuweilen tritt die Bromisirung sehr rasch ein, schon nach 24 Stunden, und zwar manchmal in ihrer ganzen Stärke ohne vorherige Warnung. Hierin liegt eine Gefahr der Behandlung. Zuweilen tritt aber auch der Effect erst später ein. Es ist daher immer rathsam, das Brom nicht unmittelbar vor dem Schlafengehen zu geben, sondern lieber in zwei Dosen, die eine Morgens, die andere Abends. Seine schlafmachende Wirkung beruht nur auf der in-

dividuell richtigen Anwendung. Der Missbrauch des Broms setzt sehr schwere Störungen, die zuweilen den Eindruck einer Geistesstörung machen können, aber stets rasch und vollständig vorübergehen. Unter Umständen ist man gezwungen, dieselben zu therapeutischen Zwecken herbeizuführen, z. B. in der Behandlung des Morphinismus. Auch für die Seekrankheit ist Bromisation, was die Impfung für die Pocken ist. Bei längerem Gebrauch sollte man das Brom stets in Verbindung mit tonischen Mitteln geben, entweder indem man abwechselt, eine Woche Brom, eine Woche Tonica, oder indem man Nachts Brom, am Tage Tonica giebt. Der Erfolg ist dann gesicherter und die unangenehmen Folgen bleiben eher aus. Es gilt dies selbst für die Epilepsie. Das beste Gegenmittel bei Bromisirung ist Coff. citr. 0,15—0,25. Daneben Strychnin und Chinin. Die Verbindung mehrerer Brompräparate ist wirksamer als das einzelne Präparat. *B.* giebt Bromkalium, Bromnatrium und Bromcalcium etc.

---

7. Circuläre, periodische und Gefangenschafts-Psychosen. Referent: Kirn-Freiburg.

Rudolf Emmerich, Ueber cyklische Seelenstörungen. — *Schmidt*'s Med. Jahrb. Bd. 190, Heft 2, p. 193—220.

Verf. beginnt mit einer Geschichte der cyklischen Psychosen, welche schon sehr alten Autoren bekannt gewesen seien, aber *Baillarger* und *Falret* gebühre das Verdienst sie zuerst als „besondere Krankheitsform" gewürdigt zu haben; *Baillarger*'s Prioritätsstreit gegenüber *Falret* sei vollkommen unberechtigt.

Begriffsbestimmung: Die Folie circulaire, eine exquisit hereditäre und degenerative Psychose, charakterisirt sich durch die in beinahe regelmässiger Weise, immer in derselben Reihenfolge sich wiederholenden, aus Melancholie und Manie in dieser oder umgekehrter Ordnung (Manie-Melancholie) zusammengesetzten Anfälle, welche durch mehr oder minder vollkommen lucide Intervalle von einander getrennt sind. Die Melancholie und Manie sind nur „Stadien" oder „Perioden" des gleichen Anfalls. Die Anfälle folgen sich stets lange Zeit; auszuschliessen sind deshalb Erkrankungen mit nur wenig Anfällen; desgleichen die secundär ausgelösten Psychosen mit periodischer Wiederkehr, welche als Reflex-Psychosen aufgefasst werden müssen *(Kirn)*. Ebenso wenig gehören hierher die un-

regelmässigen Zustände von Exaltation und Depression bei bereits Verrückten und Blödsinnigen. Charakteristisch ist die stereotype, oft fast photographische Aehnlichkeit der einzelnen Perioden verschiedener Cyklen bei demselben Kranken. Es besteht ferner eine constante Relation hinsichtlich der Dauer, insofern beide Perioden des Anfalls nahezu gleich lang (die melancholische meist etwas länger) sind und mit Zu- oder Abnahme der einen auch die andere entsprechend länger oder kürzer wird.

Das freie Intervall ist zwischen den Perioden kürzer und weniger vollständig (von *Baillarger* gar nicht als Intervall anerkannt) als zwischen den Anfällen, meist weniger lang als jede Anfallsphase einzeln betrachtet, ferner steht es in einer gewissen Proportion der Länge zu der des Anfalls.

Allgemeines Krankheitsbild: Beginn am häufigsten mit dem Stadium depressionis. Der Kranke erscheint plötzlich körperlich und geistig vollkommen umgewandelt, ganz erschlafft und psychisch gehemmt, ohne dass übrigens seine Perception erloschen wäre. Es besteht psychische Anästhesie, Appetitlosigkeit, hartnäckige Stuhlträgheit; meist Schlaflosigkeit, Kälte der Extremitäten, Erweiterung und Trägkeit der Pupillen, kleiner und langsamer Puls, herabgesetzte Temperatur, oberflächliche, verlangsamte Athmung, Trockenheit der Haut, Gefühl der Leere im Innern des Schädels. Vorstellungsablauf gehemmt, Auffassungsvermögen verlangsamt, Gefühl der Gebundenheit und des Unvermögens. Selten inhaltliche Störungen der Vorstellungssphäre. Bisweilen Präcordialangst mit Taedium vitae. Höchst selten Hallucinationen. Die Melancholie kann drei Grade der Intensität zeigen, die leichteren Fälle sind aber weitaus die häufigsten unter dem Bilde der Indolenz oder Apathie. Die Höhe der Melancholie wird meist sehr rasch erreicht; sie klingt aber bei monatelanger Dauer der Stadien meist langsam ab, gefolgt von einer längeren oder kürzeren Intermission oder Uebergangsperiode; nur bei den nur mehrtägigen Perioden wird ein plötzlicher Wechsel beobachtet.

Maniakalisches Stadium: Der Kranke erscheint zu seinem Vortheile umgewandelt, namentlich um viele Jahre jünger, als ein Bild von Wonne, von Leben und Gesundheit. Es stellt sich grosse Ess- und Trinklust ein, sowie geschlechtliche Erregung. Schlaf gering, Puls frequent. Meist besteht das psychische Bild der Folie raisonnante: hohes Selbstgefühl mit Thatenlust und zweckloser Vielgeschäftigkeit; galantes, scharfsinniges Auftreten mit maasslosem Rededrange; geschärftes Gedächtniss. Oder — Reizbarkeit mit Händelsucht und boshaftem Benehmen. Intercurrent können directe Hirnreizzustände sich einstellen mit abspringendem Vorstellungsablauf, schwerer Bewusstseinsstörung, Hallucinationen und Wahnvorstellungen, mit wuthartigen Affecten und impulsivem Zerstörungsdrange bei congestionirtem, warmem Kopfe, erhöhter Temperatur und beschleunigter Gefässthätigkeit; auch Zustände von Bewusstlosigkeit, von Convulsionen und Lähmungen. Die maniakalische Erregung hält sich einige Zeit auf ihrer Höhe, fällt dann rasch ab zur einfachen Exaltation,

welche allmälig und stufenweise in das lucide Intervall übergeht, mit welchem der Anfall abschliesst. Zunächst grosse Mattigkeit und Schlafbedürfniss, allmälig Wiederaufnahme der gewohnten Thätigkeit. Das Intervall bedeutet aber nicht volle geistige Gesundheit, sondern nur Zurücktreten der Anfallssymptome. Der Kranke zeigt leichte Stimmungsanomalien, einen mässigen Grad von Willenslosigkeit; er ist beschämt, träumerisch und zaghaft. Intelligenz und Gefühle haben eine leichte Abschwächung erlitten. (Nur *J. Falret* nimmt im Intervall vollkommene Rückkehr zum psychischen Normalzustande an.)

Der Gerichtsarzt wird bei im Intervall begangenen strafbaren Handlungen nicht den Vollbesitz der freien Willensbestimmung annehmen dürfen, vielmehr danach trachten, ein möglichst klares Bild des Umfangs der geistigen Functionsstörung zu liefern, um daraus etwaige krankhafte Antriebe zum Handeln etc. abzuleiten. Namentlich wird er sich zu stützen haben auf den unmotivirten Stimmungswechsel, die bestehende Gemüthsreizbarkeit mit Neigung zu Affecten und die dauernde Veränderung des Charakters in pejus mit schlimmen Neigungen und Trieben. Es ist festzuhalten, dass hier ebenso wenig ungetrübte Gesundheit besteht, als in den anfallsfreien Zeiten der Epilepsie oder des Febris intermittens. Vergleich des jetzigen Geisteszustandes mit dem vor dem Auftreten der Anfälle der cyklischen Psychose. Endlich Feststellung der Heredität und psychischen Degeneration.

Differentialdiagnose: Sowohl die maniakalischen als die melancholischen Stadien sind dadurch charakterisirt, dass sie sehr reine Verstimmungsbilder abgeben und in die Intelligenzsphäre sehr wenig eingreifen. Rascher Abfall der positiven Krankheitsstadien. Feststellung der relativen Dauer der einzelnen Perioden. Bezeichnend speciell für das melancholische Stadium sind Appetitlosigkeit und Obstipation, rascher Verfall der Körperfülle und Kräfte, plötzlich verändertes mit Falten bedecktes Gesicht, blitzartiges Durchschlagen heiterer Affecte mitten in der Depression (*L. Meyer*); Seltenheit der Hallucinationen (*Meynert*).

Auch die Feststellung der physischen Symptome ist für die Diagnose von grösster Wichtigkeit. *Baillarger*, besonders aber *Stiff* und *L. Meyer* haben festgestellt, dass in der Regel im melancholischen Stadium der cyklischen Seelenstörungen das Körpergewicht abnimmt, während im maniakalischen Stadium eine „auffallend hohe" Zunahme des Gewichtes stattfindet. Dies vollzieht sich aber nur bei den Fällen, welche nach dem Schema Melancholie—Manie verlaufen, während bei denjenigen mit der der Melancholie vorausgehenden Manie das umgekehrte Verhältniss statthat. Dies erklärt sich vollkommen aus der Ernährungslehre *Voit*'s und hängt einfach davon ab, in welchem Ernährungszustand der Körper sich im Beginn des maniakalischen Anfalls befindet. Eine Kost, welche für einen wohl genährten Organismus nicht ausreicht, vermag einen herabgekommenen Körper, wie man ihn nach länger dauernder Melancholie gewöhnlich vor sich hat.

gut zu ernähren und sogar Eiweiss- und Fett-Ansatz zu bedingen. Läuft dagegen die Manie in einem stofflich noch nicht herabgekommenen Körper ab, so wird, wie bei der genuinen Tobsucht, das Körpergewicht sinken und in der darauf folgenden Melancholie selbst bei mässiger Stoffzufuhr Gewichtsbilanz statthaben, unter Umständen noch Gewichtszunahme zu beobachten sein, da der eiweiss- und fett-arme Körper weniger Nahrungszufuhr zur Erhaltung des Stickstoffgleichgewichtes benöthigt. — Hieraus erhellt, dass die nutritiven Vorgänge bei den cyklischen Psychosen denselben Gesetzen wie im normalen Organismus folgen und dass das Verhalten des Körpergewichtes nicht als charakteristisch für dieselben betrachtet werden kann.

Die Häufigkeit des Vorkommens der cyklischen Seelenstörungen ist schwer zu beurtheilen, weil nicht wenige Fälle einen so milden Verlauf (leichte Exaltation unter der Form grosser Belebtheit und Geistesfrische, mässige Depression unter der Form der Misanthropie oder Hypochondrie) zeigen, dass sie niemals in Anstaltsbehandlung kommen. Bezüglich des Geschlechts geben die meisten Autoren ein Ueberwiegen der weiblichen über die männlichen Kranken an, ohne dass hierüber Bestimmtes festgestellt wäre.

Verlauf. Oefter gehen den cyklischen Anfällen mehrere von einfacher Melancholie voraus, bis sich erst nach Jahren die Krankheit definitiv constituirt. In der Regel ist das auf die Melancholie folgende Intervall das längste und relativ freiste. Die Dauer kann zwischen zwei Tagen und mehreren Jahren schwanken. Die kurzen in wenig Tagen, meist ohne Intermission, verlaufenden Fälle sind selten und bekunden eine tiefere Gehirnaffection *(Kirn)* und schwerere Störung des Bewusstseins, sie sind der Folie epileptique nahe verwandt *(Morel)*. Lange Anfälle ohne freies Intervall werden von *Baillarger* als Folie à double forme continue bezeichnet. In der Regel ist die Krankheit unheilbar und dauert bis ans Lebensende; man kann nur auf eine Besserung im Intensitätsgrade der Anfälle und auf eine Prolongation der Intervalle hoffen; in anderen Fällen wird mit zunehmender Dauer der Krankheit das Intervall kürzer und weniger bestimmt ausgesprochen, es kann sogar vollständig schwinden. Nach vieljähriger Dauer des Leidens wird sich nicht selten eine ethische und gemüthliche Abstumpfung entwickeln, während die intellectuelle Leistungsfähigkeit in der Regel nur eine geringe Einbusse erleidet.

Aetiologie der cyklischen Seelenstörungen. Dieselben entstehen vorwiegend auf hereditärer und degenerativer Grundlage, häufig unter dem Einflusse der mächtig den Organismus influirenden Pubertätsentwicklung *(Kirn)*. Als pathologisch-anatomischer Grundzustand der Defectanlage hat *Arndt* Entwicklungshemmung in den verschiedenen feineren Hirngebilden nachzuweisen gesucht; bestimmt auf der Folie circulaire zu beziehende anatomische Veränderungen sind aber bis jezt nicht nachgewiesen worden.

Die Therapie kann nur bescheidene Erfolge erzielen. Morphium,

Opium und Bromkalium sollen bei präventiver Anwendung durch Herabsetzung der Erregbarkeit der nervösen Centren prophylaktisch wirken. Jedenfalls ist Abhaltung aller Reise und Anstaltsbehandlung zu empfehlen, nach *Dick* Bettruhe schon im melancholischen Stadium.

Hypothesen über das Wesen unserer Störung: *Meynert* lenkt die Aufmerksamkeit auf das vasomotorische Centrum durch Erschöpfung des constringirenden Gefässcentrums, welche Arteriendilatation bedingt und nachfolgende Uebererregung desselben in Folge der Dilatation seiner eigenen Gefässe liessen sich die beiden auf einander folgenden Anfallsphasen erklären, nämlich Manie durch Hyperämie, Melancholie durch Anämie im Vorderhirn. Durch die Contraction der das Gefässcentrum selbst ernährenden Arterien würde dann wieder Ernährungsstörung dort erfolgen, Parese der Arterieninnervation, deren Erweiterung und durch sie neuerdings Manie u. s. w. — *Dittmar* sucht das Zustandekommen des cyklischen Stimmungswechsels vom Standpunkt der Nervenphysik, resp. Chemie zu erklären und kommt zu Hypothesen, welche jeder Erweisbarkeit ermangeln.

Die Hypothese *L. Meyer's*, welche die cyklische Alienation als eine den ganzen Organismus beherrschende Trophoneurose betrachtet, ist bei Besprechung der Körpergewichtsverhältnisse gewürdigt worden.

Koster's Theorie über den angeblichen Einfluss des Mondes auf Entstehung und Verlauf des cyklischen Irreseins darf wohl heut zu Tage als definitiv erledigt betrachtet werden.

---

8. Progressive Paralyse und Psychose mit Syphilis. Referent: Ripping.

Baillarger, M., Du Délire ambitieux dans les affections organiques du Cerveau et les maladies de la moelle. — Ann. med.-psych. Mai. pag. 398 e. ff.

B. weist an der Hand von 6 Beobachtungen nach, dass bei Kranken, welche an localen Affectionen des Gehirns oder an Krankheiten des Rückenmarks leiden, Grössendelirien mit demselben Charakter, wie sie bei primärer allgemeiner Paralyse vorkommen, längere Zeit, selbst ein Jahr und mehr hindurch bestehen können, ohne dass man bei der Section die Veränderungen der chronischen Periencephalitis findet. *B.* schliesst daraus, dass das Grössendelirium in diesen Fällen nur eine Complication sei, dass es nicht direct abhängig sei von den localen Veränderungen des Hirns und Rückenmarks und dass diese vielleicht nur dadurch eine Wirkung ausübten, dass sie fluctionäre Congestionen der Hirnhäute veranlassten. Ebenso findet er hierin eine Erklärung für die in der allgemeinen Paralyse ja nicht selten eintretenden sogenannten Remissionen.

Foville, M. A., Ann. med.-psych. Mai. pag. 429 e. ff.

theilt einen Fall von vorübergehendem Grössendelirium bei einem alten Hemiplegischen mit. Bei einem seit 15 Jahren an Hemiplegie leidenden geistig schwach veranlagten Menschen war vor 3 Jahren Melancholie aufgetreten, als ein durch grosse Verwirrtheit und Incohärenz ausgezeichnetes Grössendelirium ohne bemerkenswerthe Motilitätsstörungen eintrat. Dasselbe besserte sich rasch und verschwand vollständig nach etwa 3 Monaten. *Fov.* wagt nicht zu entscheiden, ob wir es hier mit einem maniakalischen Stadium zu thun haben, entsprechend dem vorhergegangenen dreijährigen melancholischen Stadium, oder ob es nur ein Stadium der allgemeinen Paralyse und die anscheinende Heilung einer der bei dieser vorkommenden Remissionen gewesen sei. Er neigt jedoch mehr zu der ersteren Annahme und möchte dann jenes Delirium als Folge eines vorübergehenden Congestivzustandes betrachten.

Sauze, A., Dr., De l'accroissement du nombre des cas de folie paralytique et de ses causes. — Ann. med.-psych. Juli. pag. 33 e. ff.

S. kommt (ohne jedoch dafür ausreichende statistische Daten zu Grunde zu legen. D. Ref.) zu folgenden Resultaten:

Die allgemeine Paralyse nehme seit einigen Jahren beträchtlich zu. Sie sei im mittleren Europa, wo man sie früher fast geleugnet habe, jetzt fast ebenso häufig wie im nördlichen. Die Hauptursachen dieser Zunahme seien der Missbrauch alkoholischer Getränke, welcher sich verallgemeinert habe und die unserer Zeit eigenthümliche Ueberanstrengung des Gehirns. In zweiter Linie erst kämen die geschlechtlichen Excesse und der Missbrauch des Tabacks.

Als Beweis für seine Annahme führt er an, dass Frauen, weil sie in socialer Beziehung ein ruhigeres und geregelteres Leben führten, viel seltener daran erkrankten und dass, wenn sie daran erkrankten, es Personen mit schlechtem Lebenswandel seien, bei denen der Alkohol-Missbrauch ebenfalls sich sehr verbreitet habe.

M. A. Foville, Ann. med.-psych. Juli

beschreibt einen Fall von protrahirtem Verlauf der Paralyse — Dauer 17 Jahre — mit intercurrenten Aufregungszuständen, die sich durch Hallucinationen und Verfolgungsideen auszeichneten.

M. Baillarger, Ann. med.-psych. Juli

lenkt die Aufmerksamkeit auf die Congestivzustände, welche dem Ausbruche der allgemeinen Paralyse oft Monate lang, nicht selten sogar mehrere

Jahre lang vorhergehen und sich unter sehr verschiedenen Formen zeigen. In der daran angeschlossenen Krankengeschichte sind diese Congestivzustände bereits ausgezeichnet durch einen kurzdauernden Verlust der Sprache und durch eine Art Aura, welche von der Hand langsam bis zum Kopfe aufstieg.

Kiernan, Jac. G., J. of nerv. and ment. dis. Juli

theilt als Beleg der bekannten Erfahrung, dass Paralytische im Anfange ihrer Erkrankung leicht Diebstähle begehen und dann, da ihre Erkrankung noch nicht bekannt war, wegen des Diebstahls strafrechtlich belangt werden, einen einschlägigen Fall mit und knüpft daran die zu weit gehende Forderung, dass in allen Fällen von Diebstahl, in denen ein bestimmtes Motiv der That sich nicht auffinden liesse, eine ärztliche Untersuchung des Thäters vorgenommen werden müsse.

Lafitte, M., Ann. med.-psych. Septbr. pag. 233 u. ff.

Ein bis dahin ganz gesunder kräftiger Mann erhielt in einem Streite einen heftigen Faustschlag auf den Kopf, welcher ihn einige Augenblicke betäubte, aber später nicht hinderte, seiner Beschäftigung nachzugehen. Schon am folgenden Tage begann er über den Kopf zu klagen und wurde traurig gestimmt. Am zweiten Tage wurde er erregt, sprach viel, machte allerlei unnütze Einkäufe und hieran anschliessend entwickelte sich rasch das volle Bild der Paralyse mit Häsitiren der Sprache, Starrheit der Pupillen etc. und es folgte bald vollständiger paralytischer Blödsinn.

Regis, M., Ann. med.-psych. Septbr. pag. 236

beschreibt einen Fall als alkoholistisches Irresein, mit allen physischen und psychischen Symptomen der allgemeinen Paralyse. Weil sich bei der Section keine Verwachsung der Meningen mit der Hirnrinde und keine Granulationen auf dem Hirnependym, sondern nur Pachymeningitis haemorrhagica mit Bluterguss in der Arachnoidea und Neomembranbildung auf der visceralen Fläche der Dura mater und atheromatöse Entartung der Arterien an der Hirnbasis fanden, so hält *R.* den Fall nicht für allgemeine Paralyse sondern für eine Pseudo-Paralyse und möchte sie eine „functionelle allgemeine Paralyse“ nennen (ob mit Recht? D. Ref.).

Baillarger, M., Ann. med.-psych. Sept. pag. 241

Eine erblich stark belastete Frau, welche mit ihrem Manne mehrere Jahre in Spanien zugebracht hatte, um ihre Rechte auf eine vermeintlich ihnen gebührende Erbschaft von mehreren Millionen geltend zu machen

und hierbei viel Gemüthsbewegungen sowie Entbehrungen hatte erdulden müssen, erkrankte an allgemeiner Paralyse. Bei der Section fand sich an der inneren Oberfläche des rechten Stirnbeins ein haselnussgrosses, gestieltes, weiches Fibroid, welches an der correspondirenden Stelle der Hemisphäre eine kleine Depression veranlasst hatte. Ausserdem fanden sich meningeale Hämorrhagie mit Neomembranbildung an der ganzen Basis der Hirnsichel und Verwachsungen mit der Hirnrinde an den Frontallappen.

Claus, Dr., Ueber Erkrankungen des Rückenmarks bei Dementia paralytica und ihr Verhalten zum Kniephänomen und verwandten Erscheinungen. — Diese Zeitschrift, Bd. XXXVIII. p. 133 u. ff.

Mickle, W., Hallucinations in General Paralysis of the Insane; specially in Relation to the Localization of cerebral Functions. — J. of ment. Sc. Octbr. p. 370 u. ff.

M. ist der Ansicht, dass bei der allgemeinen Paralyse in mehr als der Hälfte der Fälle Hallucinationen oder Illusionen vorkommen. Von 100 von ihm beobachteten männlichen Paralytikern waren 88 Soldaten, 8 Männer der besseren Stände und 4 Arme. Von den 88 Soldaten hatten 46, von den 8 Herren 7 und von den 4 Armen 2 Hallucinationen. Unter den 100 fanden sich Hallucinationen des Gesichts bei 41, des Gehörs bei 40, des Gefühls bei 12, des Geschmacks bei 12 und des Geruchs bei 11. Hallucinationen eines einzigen Sinnes fanden sich nur bei 18, und zwar des Gesichts bei 9, des Gehörs bei 6, des Gefühls bei 1, des Geschmacks bei 1 und des Geruchs bei 1. Hallucinationen nur zweier Sinne wurden in 24 Fällen, solche dreier Sinne in 5 Fällen, solche von vier Sinnen in 3 Fällen und solche aller fünf Sinne in 5 Fällen beobachtet.

Was die locale Beziehung der Hallucinationen zu dem Gehirn anlangt, so glaubt *M.* in erster Linie auf die Verwachsungen der Meningen mit der Hirnrinde hinweisen zu müssen, da diese gerade vorzugsweise die Stellen der Hirnrinde beträfen, welche *Ferrier* als sensorische Centren beschrieben habe. Er unterschätzt dabei die bei der Paralyse vorhandenen pathologischen Veränderungen der Rinde selbst, welche selbständig geeignet sind, die Nervencentren oder die Nervenfasern zu reizen, nicht. Fortsetzung folgt.

Turnbull, A. R. — J. of ment. Sc. Oct. pag. 391 u. ff.

Ein Knabe, dessen Vater im Alter von 43 Jahren erblindete und an „Hirnerweichung" und dessen Mutter an Epilepsie litt, erkrankte im Alter von 10 Jahren an einer Hemiplegie, welche in Zeit von etwa einer Woche wieder schwand. Seine Verwandten glaubten jedoch eine gewisse geistige Stumpfheit danach zu beobachten. Im Alter von 12 Jahren erkrankte er

dann an wirklicher fortschreitender Paralyse und starb daran im Alter von 18½ Jahren. Die erst 72 Stunden nach dem Tode erfolgte Obduction ergab nichts von den gewöhnlichen Befunden Verschiedenes. *T.* macht mit Recht auf das aussergewöhnlich jugendliche Alter aufmerksam, in welchem hier die allgemeine Paralyse begann.

Spitzka, E. C. — Chic. Med. Rev. Nov. pag. 522.

wendet sich gegen die Auffassung des Wesens der allgemeinen Paralyse als eines entzündlichen oder degenerativen Prozesses. Seine Gründe sind, dass sehr häufig bei der Section von Paralytischen derartige Veränderungen nicht gefunden würden und dass bei dieser Auffassung die nicht selten eintretenden Remissionen nicht zu erklären wären. Er sieht als das Wesentliche vasomotorische Störungen an.

Jung, Ueber die Diagnose der Dementia paralytica. — Bresl. ärztl. Zeitschr. No. 24. pag. 295.

Der Vortrag führt in einer Art feuilletonistischen Form den Beginn und Verlauf der allgemeinen Paralyse kurz und oft apokryph vor den Augen vorüber.

Irrenfreund No. 11. Unter dem Titel: „Dementia paralytica. Frühere Lues vener."

wird ein Fall von Paralyse beschrieben, in dem wahrscheinlich früher eine syphilitische Infection stattgefunden hatte. Bei der Section fanden sich ausser den gewöhnlichen Befunden der Paralyse, wie Periencephalitis diffusa convexa des Gehirns etc. noch zwei kirschkerngrosse rundliche härtliche Geschwülste, deren eine von einer Kapsel umkleidet lose an der vorderen Grenze des Corp. striat. dextr., deren andere gestielt auf der Dura basalis rechts von der mittleren Schädelgrube aufsass. Beide Neoplasmen bestanden aus „einem festen, wie aufgerollten Kern" mit weisslichem Detritus in seiner Peripherie. Der Verfasser betrachtet die Neoplasmen für „abgelaufene" Syphilome und misst ihnen keine massgebende Bedeutung für die primäre Erkrankung der Hirnrinde bei. Als massgebend betrachtet er hier vielmehr Familien-Anlage, Strapazen zweier Feldzüge und beschwerliche ärztliche Landpraxis. Zugleich spricht sich Verfasser, gestützt auf seine genau controlirten Beobachtungen, gegen die Auffassung der nach Syphilis entstandenen Psychosen als einer specifischen Abart aus. [Anmerkung des Referenten: Da Verfasser bei Besprechung der Häufigkeit der Concurrenz von Syphilis ebenso wie Referent seiner Zeit die Angabe *Snell*'s (von 75 pCt. aller Paralytischen) anführt, so muss Referent hier erwähn
nach einer mündlichen Mittheilung seine Angabe nicht so
will, als ob bei 75 pCt. der Paralytischen Syphilis caus

sondern nur dass bei 75 pCt. der Paralytischen einmal im Leben Syphilis vorhergegangen sei.]

Ball. — Ann. et Bull. de la soc. de med. de Gand. Juli. pag. 321.

bespricht kurz die Formen und den Verlauf des sypilitischen Irreseins. Er unterscheidet: 1) Le démence syphilitique. 2) Manie ou folie syphilitique. 3) Pseudo-paralysie générale syphilitique (*Fournier*). Die Unterscheidungsmerkmale von No. 1 und 2 sind etwas unklar und unbestimmt; No. 3 wird ganz nach *Fournier* aufgefasst. Die Prognose hält *B.* für günstig; die Behandlung hat in Quecksilber-Einreibungen und Jodkali zu bestehen.

---

9. Epilepsie, Hysterie, moralisches Irresein.

Referent: Stark.

Reuter, Chinin und nasse Cravatte bei epileptischen Convulsionen. — Memorabilien. Hft. 8.

Der 6jährige Sohn des Verfassers, welcher nach schwerer Zangengeburt scheintodt zur Welt kam und eine starke Entwickelung des Schädels gezeigt hatte, sonst aber gesund war, bekam Abends im Bett linkseitige Convulsionen ohne bekannte Veranlassung. Die Anfälle wiederholten sich in grösseren Pausen, waren fast immer einseitig und traten fast ausschliesslich im Schlafe ein. Pat. erwachte durch dieselben und war während des Anfalls bei Bewusstsein. Unmittelbar nach dem Anfall bestand einige Minuten lang Lähmung der linken Extremitäten. Es besteht ausserdem Strabismus converg. des linken Auges, Druckempfindlichkeit des linken Nerv. occipit., systolisches Blasen am Herzen und Anämie. Die Anwendung leichter Laxantien, Wurmmittel, Eisen, Bromkal., constanter Strom durch den Kopf waren ohne Wirkung. Nach consequenter Darreichung von Chinin und allabendlicher Application von nassen Compressen auf den Hals blieben die Anfälle seit 1/2 Jahr aus. (Zufällige Coincidenz? Der Zustand erinnert an die Fälle von „Kinder-Epilepsie". Ref.) *St.*

Lehmann, Ueber den Einfluss epileptischer Anfälle auf das Körpergewicht. Dissertation. — Strassburg. Heitz.

L. hat, veranlasst durch die Angaben von *Kowalewsky* (Arch. f. Psych. Bd. XI.), dass nach epileptischen Anfällen constant eine Abnahme des Körpergewichtes eintrete, an 31 Kranken das Verhalten des Körpergewichtes in

Beziehung auf die epileptischen Anfälle untersucht. Die Resultate seiner Beobachtungen fasst er in Folgendem zusammen:

In der Mehrzahl von Fällen, in welchen die Messung des Körpergewichtes unmittelbar nach dem Anfalle gemacht wurde, fand sich, im Vergleich zu der am Morgen gemachten Wägung, eine Zunahme des Körpergewichtes; bei den regulären Wägungen am Morgen dagegen, wenn in der Nacht ein Anfall dagewesen war, öfter Ab- als Zunahme. Doch zeigten dieselben keinen Unterschied von den Zahlen, die sich ergaben, ohne dass Anfälle vorhergegangen waren. Die Frage, ob der Verlust am Körpergewicht nach den Anfällen als Symptom der Epilepsie verwerthbar sei, wird vom Verf. direct verneint, denn die Gewichtsabnahme nach dem epileptischen Anfalle ist völlig inconstant, und es sind Schwankungen von derselben Höhe unter völlig normalen Verhältnissen etwas ganz Gewöhnliches.

(Gleiche Resultate ergaben die in Stephansfeld angestellten Untersuchungen, deren Mittheilung demnächst erfolgen wird. Ref.) *St.*

Schuchardt, Epileptiforme Anfälle bei Magenerkrankungen. — Irrenfr. No. 10.

Bei einem 63 jährigen Geisteskranken waren wegen hartnäckiger gastrischer Symptome Ausspülungen des Magens mit lauem Wasser gemacht worden, welche gut vertragen wurden. Das erste Mal, als die Ausspülung mit einer Resorcinlösung vorgenommen wurde, trat während derselben ein 10 Minuten dauernder epileptiformer Anfall ein. Pat. empfand als Initialsymptom krampfhaftes Zusammenziehen des Magens. Die Ausspülung wurde nicht wiederholt und der Anfall kehrte nicht wieder. Verf. führt ähnliche Beobachtungen von *Gassner*, *Kussmaul* und *Neumann* an. Er theilt die Anschauung dieser Autoren bezüglich des Zustandekommens derartiger Anfälle bei Magenaffectionen nicht und ist der Ansicht, dass es sich in diesen Fällen um Reflex-Epilepsie handele, deren Grund in dem überaus gereizten Zustande der nervösen Organe des Magens zu suchen sei.

St.

Worthington, A case of puerperal mania, ending in, and apparently cured by an epileptic fit. — J. of ment. sc. Oct.

Die Kranke, in deren Familie Phthise erblich ist, ferner ein Onkel von Vaterseite geisteskrank war, aber keine Epilepsie, wird drei Wochen nach der Entbindung an Puerperalmanie leidend in die Anstalt aufgenommen. Ungefähr nachdem sie hier sechs Wochen in Behandlung war, bekommt sie plötzlich einen heftigen epileptischen Anfall; sie kommt bald wieder zum Bewusstsein, war schwach danach und klagte über Kopfschmer-
Die Nacht darauf schläft sie sehr gut, erwacht ruhig und geordnet:

Verhalten bleibt andauernd gut und klar. Nach vier Wochen wird sie genesen entlassen. — Verfasser spricht nur die Befürchtung aus, dass die Pat. eine ungünstige Prognose habe, indem sich permanente Epilepsie entwickeln könne. *Schuchardt.*

Clark, A case of consciousness during an epileptic seizure. — The Alienist and Neurologist. Juli.

Mittheilung eines Falles, wo der Kranke während eines ausgesprochenen epileptischen Anfalles bei vollem Bewusstsein blieb, und nach dem Anfall auf's Genaueste erzählte, was um ihn herum vorangegangen war und was mit ihm geschehen war. *Schuchardt.*

Bannister, Note on a peculiar effect of the bromides upon certain insane epileptics. — J. of nerv. and ment. dis. Juli.

Auf Grund von drei Fällen theilt *B.* seine Beobachtungen mit, dass bei einzelnen Epileptischen der Gebrauch der Brompräparate zwar die Anfälle vermindere, dass dafür aber die heftigsten Tobsuchtszustände sich einstellen. Nach Aussetzen des Bromkali resp. Bromnatrium und Brom-Ammonium verschwinden die maniakalischen Paroxysmen und die epileptischen Anfälle stellen sich in der alten Regelmässigkeit wieder ein.

Schuchardt.

Alexander, An attempt to cure epilepsy by ligature of the carotid or vertebral arteries. — The Lancet; 19. XI.

Verf. veröffentlicht drei Fälle von Epilepsie, bei denen er die Unterbindung der Vertebralis resp. Carotis ausgeführt hat. Bei einem Fall wurde die linke Vertebralis unterbunden, im zweiten Fall die linke Vertebralis und linke Carotis communis gleichzeitig, im dritten Fall die linke Vertebralis und rechte Carotis interna später.

Bei allen Fällen war der operative Eingriff vom besten Erfolg (so lange die Beobachtungsdauer währte!). Die Anfälle setzten vollständig aus, in einem Fall waren direct nach der Operation noch einige (3) Anfälle beobachtet worden.

A. stellt dann folgende Fragen, welche noch näher untersucht werden müssten:

1) Ist der Erfolg der Operation ein bleibender oder nur ein temporärer?
2) In welchen Fällen von Epilepsie ist diese Behandlungsweise die beste?
3) Welche Gefässe sind am meisten bei der Erkrankung betheiligt?
4) In wie weit ist geistige Schwäche oder Idiotie, in Complication mit Epilepsie, Contraindication der erwähnten Curmethode?

Schuchardt.



Maenner, Hystero-Epilepsie, Cystoide Degeneration beider Ovarien, Castration. Heilung. — Deutsche allg. Wochenschrift. No. 39.

Bei der 22jährigen Patientin verschwanden nach Exstirpation beider Ovarien die heftigen Unterleibsschmerzen und die seit 1/2 Jahre vorhandenen hystero-epileptischen Anfälle vollständig, und waren auch bis 3/4 Jahr nach der Operation nicht wiedergekehrt.

Die Ovarien der seit fünf Jahren, allerdings unregelmässig, menstruirten Kranken enthielten keine Corpora lutea. *St.*

Holländer, Ueber epileptoide Zustände mit Einschluss des transitorischen Irrsinns. — Wiener J. f. Psych. Bd. III. Heft 1. 2.

H. theilt acht zum Theil sehr prägnante Fälle mit, welche man seit *Samt* als psychisches epileptisches Aequivalent zu bezeichnen pflegt. Er unterzieht die Fälle einer längeren Analyse und schliesst mit dem Hinweis auf die neueren Arbeiten über die Gefässcentren im Gehirn und in den Ganglien an den kleinen Gefässen. Nach den Ergebnissen dieser Arbeiten scheint es ihm nicht statthaft, die Ursache der psychischen Störung bei Epilepsie mit *Nothnagel* in einer Affection des Gefässcentrums in der Medulla oblongata zu suchen. *H.* ist der Ansicht, dass jene Störungen der Thätigkeit des Vorderhirnes auf Veränderungen der im Gehirn selbst gelegenen Centren zurückzuführen seien. Dadurch erkläre es sich, dass solche Zustände für sich bestehen können, ferner, dass sie mit Vorliebe bei Epilepsie auftreten, indem die unter dem Einfluss des Gefässcentrums in der Medulla oblongata stehenden Gefässcentren des Gehirns bei bestehenden epileptischen Veränderungen des ersteren auch in Mitleidenschaft gezogen werden.

H. erklärt die epileptoiden Zustände für nicht identisch mit den epileptischen Anfällen, sondern für Folgezustände der epileptischen Veränderungen. Wenn sie für sich allein bestehen, so liege ihnen eine Neurose zu Grunde, welche den übrigen Neurosen (Epilepsie, Hysterie etc.) zur Seite zu stellen sei. *St.*

Engelhorn, E., Ein Fall von transitorischer Bewusstseinsstörung bei einem elfjährigen Knaben. — Centralblatt für Nervenh. Psych. u. ger. Psychopathol. No. 21.

Der 11jährige *H. K.* stammt aus gesunder Familie, ist normal entwickelt und von guter Begabung. Bei einer Pulverexplosion verunglückte der zwei Jahre ältere Bruder, indem er kurz danach an seinen schweren Brandwunden starb; der Pat. selbst erlitt nur oberflächliche Zerstörungen

der Haut an Gesicht und Händen. Wegen Feststellung der Entstehung der Explosion wurde die Untersuchung des verletzten Knaben anberaumt. Darüber gerieth der Kranke in die grösste Aufregung und Angst; nach den ersten Versuchen den Verband zu entfernen, sank der Knabe auf das Bett zurück, lag regungslos mit geschlossenen Augen da; richtete sich dann im Bett auf, öffnete die Augen, sah mit stierem Blick in's Weite und begann in exstatischer Verzückung Bibelsprüche etc. laut zu declamiren. Dabei bestand ein geringer Grad von Katalepsie. Gesicht leicht geröthet, Temperatur normal, Puls 92. Kurz darauf sank der Kranke wieder auf's Bett und verfiel in einen tiefen Schlaf von einer Stunde Dauer. Danach in weinerlicher Stimmung, klar bei Bewusstsein, frei von Kopfschmerzen, keinerlei Rückerinnerung an den Anfall ist vorhanden. Verf. betont, dass dieser Anfall, obwohl er die grösste Aehnlichkeit mit den exstatischen Zuständen Hysterischer und Epileptischer habe, keineswegs mit ihnen identificirt werden dürfe; denn einerseits stehe er unter anderen ätiologischen Einflüssen, und andererseits habe er durch den der Exstase gefolgten Schlaf seinen Abschluss erhalten, es seien keine psychischen Erschöpfungszustände beobachtet worden. Daher sei auch die Prognose als eine günstige zu betrachten. *Schuchardt.*

Unverricht, Beitrag zur Lehre von der partiellen Epilepsie. — Deutsche med. Wochenschr. No. 34. 38.

Nach Anführung der von *Charcot* und *Pitres* bezüglich der Rinden-Epilepsie aufgestellten Sätze theilt *U.* die Beobachtung eines 34jährigen an Tuberculose gestorbenen Mannes mit, bei welchem längere Zeit vor dem Tode rechtseitige Convulsionen mit Schwindel und Bewusstlosigkeit bestanden hatten. Die Convulsionen begannen immer im rechten Arm, waren bald auf diesen beschränkt, bald betrafen sie die ganze rechte Seite, und einige Mal betheiligten sie auch die linke Körperhälfte. In der Regel waren sie von Bewusstlosigkeit begleitet. Die Section ergab einen tuberculösen Heerd im oberen Ende der linken hinteren Centralwindung, welcher auf das obere Scheitelcäppchen übergriff.

Verf. hebt das Fehlen von Mono- und Hemiplegieen in seinem Falle hervor und schliesst an seine Mittheilung einen längeren Excurs über das Zustandekommen des epileptischen Anfalls an. Er wendet sich gegen die bezügliche Auffassung von *Nothnagel* und ist mit *Hughlings-Jackson* der Ansicht, dass der Ausgangspunkt der epileptischen Anfälle in der Rinde zu suchen sei. Er will deshalb auch für Fälle, wie der beschriebene, die Bezeichnung „partielle Epilepsie" (nicht „Rinden-Epilepsie") angewendet wissen. *St.*

Seeligmüller, Ueber Chorea magna und ihre Behandlung. — Deutsche med. Woch. No. 93.

S. will die Bezeichnung Chorea ganz beseitigt wissen und statt dessen „Hysterie im Kindesalter" setzen, weil in den von ihm beobachteten Fällen von Chorea ausgesprochene hysterische Symptome vorhanden waren. Er unterscheidet eine maniakalische, hypnotische, epileptische und convulsive Form, welche er kurz skizzirt. In allen Fällen (auch bei männlichen Individuen) fand er den bei Frauen als Ovarialschmerz bezeichneten Unterleibsschmerz, ebenso beobachtete er bei einem männlichen Kranken den Transfert. Gegen den Unterleibsschmerz empfiehlt er reizende Einspritzungen (Wasser mit Essigsäure) an die dem Ovarium symmetrisch gelegene Stelle des Unterleibes.

S. sucht seine Auffassung der Chorea als einer Form der Hysterie näher zu begründen und hebt besonders hervor, dass er fast in allen Fällen neuropathische Belastung fand. Mit *Ziemssen* empfiehlt er als Heilmittel kalte Uebergiessungen. Er schleudert dem Kranken, sobald der Anfall kommen will, rücksichtslos ein Glas kaltes Wasser in's Gesicht.

St.

Mann, The nature pathology and treatment of Chorea (St. Vitus' Dance). — Alien. and Neur. Juli.

Verfasser bespricht eingehend die Symptome und das Wesen der Chorea. Die Prognose stellt er in der Mehrzahl der Fälle günstig. Meist dauert die Krankheit von 4—6 Wochen bis zu 3 oder 4 Monaten. In einer sehr geringen Zahl von Fällen währt die Erkrankung einige Jahre oder die ganze Lebenszeit.

Bei der Behandlung giebt er die verschiedenen Mittel an, welche zur Zeit beliebt waren oder noch beliebt sind, Tartarus stibiatus, Ferrum, Zincum sulphur., Strychnin, Jodkali, Bromkali, die verschiedenen Narcotica, ferner gymnastische Uebungen.

Der Verfasser giebt als sein bevorzugtes Mittel Arsenik an, und zwar Solut. Fowler. subcutan angewendet. Dadurch hat er die überraschendsten Erfolge erzielt. *Schuchardt.*

Wharton Sinkler, Chorea in the aged. — J. of nerv. and ment. dis. Juli.

Obgleich Chorea bei alten Leuten als eine seltene Affection angesehen werde, so begegne man der Erkrankung doch häufiger als man gewöhnlich annehme. Oft werde Chorea verwechselt mit Tremor senilis und mit Paralysis agitans. — Verf. referirt dann zwei von ihm beobachtete Fälle; eine Frau von 82 Jahren, welche sechs Monate, ehe sie in seine Behandlung kam, an Chorea erkrankte; und ein Mann von 86 Jahren, der auch er

wenige Monate vorher erkrankt war; der Mann wurde nach kurzer Zeit der Behandlung geheilt entlassen. — Nach kurzen unterscheidenden Bemerkungen zwischen Chorea, Tremor senilis und Paralysis agitans wie auch den Tremor bei Sclerose, stellt er die Behauptung auf, dass Chorea bei alten Leuten keineswegs eine untheilbare Affection sei. *Schuchardt.*

Macleod, Cases of choreic convulsions in persons of advanced age. — J. of ment. sc. Juli.

M. referirt drei Fälle, wo bei Leuten im vorgerückten Alter Chorea auftrat. Bei allen drei Beobachtungen war der Sectionsbefund ein ähnlicher. — Im ersten Fall fand sich eine grosse mit Blut gefüllte Cyste, welche über beiden Scheitellappen lag, sich vom hintern Theil des Stirnhirns bis zur Fossa Sylv. beiderseits erstreckte. Im zweiten Fall war ebenfalls eine Cyste vorhanden, welche sich über den hinteren Theil des linken Stirnlappens und über den ganzen Scheitellappen der linken Hemisphäre erstreckte. Im dritten Fall waren mehrere kleine Tumoren der Dura mater vorhanden, dieselben drückten auf die erste und zweite Stirnwindung und den Scheitellappen der linken Hemisphäre. — In allen 3 Fällen waren die von der Compression betroffenen Windungen mehr oder weniger atrophisch.

M. führt dann noch die früher schon bekannten Fälle an.

Schuchardt.

Mc. Dowall, Chorea in an aged person. — J. of ment. sc. Juli.

Der Verfasser theilt im Anschluss an *Macleod*'s Veröffentlichung einen Fall mit, wo eine jetzt 49 jährige Frau in ihrem 34. Lebensjahre von „Veitstanz“ befallen wurde. Sie zeigte das Bild des progressiven Blödsinnes war zuweilen heftig und aufgeregt. — Die Kranke war 23 Jahre verheirathet hatte 6 Kinder, ausserdem 2 Fehlgeburten durchgemacht. Die Kinder waren sämmtlich gesund und intelligent; eine Schwester der Kranken und ihre Grossmutter waren geisteskrank.

Mc. Dowall erwähnt dann, dass der Fall viel Aehnlichkeit mit „Athetosis“ habe, hält aber die „Athetosis“ überhaupt nur für eine beschränkte Form der Chorea. *Schuchardt.*

Valude, Hystérie avec hallucinations psychiques. Influence singulier et durable produite par la vue d'un inconnu. — Ann. med. psych. Juli.

Der Fall betrifft ein erblich belastes Mädchen, welches leichte hysterische Symptome gezeigt hatte und bei welchem eine geistige Störung eintrat, die wir als primäre hallucinatorische Verrücktheit bezeichnen würden. Die Beobachtung bietet keine Besonderheiten dar. *St.*

Henoch, Die hysterischen Affectionen der Kinder. — Wiener med. Pr. No. 29. 31. 32. 33.

Der Artikel ist ein wörtlicher Abdruck aus *Henoch*'s „Vorlesungen über Kinderkrankheiten“. *St.*

Lasègue, Les hystériques. Leur perversité, leurs mensonges. — Ann. méd. psych. Juli.

L. selbst erklärt seine Mittheilungen für mehr anecdotenhaft als wissenschaftlich. Er erzählt eine Reihe abenteuerlicher und absonderlicher Streiche von Kindern und Hysterischen. *St.*

Descourtis, Léthargie hystérique. L'Encéphale. H. 4.

Mittheilung eines Falles von Lethargie, vorübergehender Catalepsie, momentanem und periodischem Verschwinden der Lethargie bei einer 19jährigen hysterischen Kranken. *D.* folgert aus dieser Beobachtung:

1) Der Zustand der Lethargie bildete sich nach und nach aus und ist ähnlich dem einfachen Stupor der Melancholiker.
2) Das Wesen der Affection war vollkommen hysterisch, was sich hauptsächlich documentirte durch das Ovarialphänomen, durch die Art und Weise der Delirien und durch den Verlauf der Erkrankung.
3) Die Lethargie konnte unterbrochen werden durch Handauflegen und zeigte dadurch grosse Aehnlichkeit mit der willkürlich hervorgerufenen Lethargie. Verf. glaubt, dass dies vielleicht zur Erklärung gewisser Zustände hervorgerufen durch den thierischen Magnetismus dienen könne. *Schuchardt.*

D'Olier, de la coëxistence de l'hystérie et de l'épilepsie avec manifestat. distincte des deux neuroses (hystéro-épilepsie à crises distinctes) considéré dans les deux sexes, et en particulier chez l'homme. — Ann. méd. psych. Sept.

Charcot bezeichnet die Hystero-Epilepsie als den eigentlichen Typus, die ausgebildete Form der Hysterie. Nicht selten kommen bei demselben Individuen, und zwar ebensowohl bei Männern, wie bei Frauen, hystero-epileptische und epileptische Anfälle nebeneinander vor. Bezüglich der Häufigkeit der Hysterie bei Männern rechnet *D'O.*, dass auf etwa 5 hysterische Frauen 1 hysterischer Mann kommt. So wenig heutigen Tages die Ansicht noch gilt, dass die Hysterie genitalen Ursprungs sei, so wenig kann bestritten werden, dass sie in ausgebildeter Form auch beim M
vorkommt. Dem Ovarialschmerz entspricht hier Hyperaesthesie
kel, ja nicht selten findet sich Druckempfindlichkeit in der F

ganz wie bei Frauen. *D'O.* unterscheidet mit *Charcot* folgende Arten der Coexistenz von Epilepsie und Hysterie:

1) Hysterie entwickelt sich bei einem bereits epileptischen Individuum;
2) Epilepsie entwickelt sich bei einem bereits hysterischen Individuum;
3) Consultive Hysterie coexistirt mit epileptischem Schwindel;
4) Epilepsie gesellt sich zu hysterischen Anfällen ohne Convulsionen.

Für die erste Gruppe führt *D'O.* 10, theils ältere, Fälle an, darunter mehrere Männer, und betont nochmals, dass bei hysterischen Männern Hemianästhesie, Dyschromatopsie, hysterogene Zone und alle Phasen der grossen hysterischen Attacke, wie bei Frauen, vorhanden sein können.

Für die zweite Gruppe bringt Verf. nur einen älteren Fall von *Briquet*, bezüglich dessen ihm selbst zweifelhaft ist, ob die beschriebenen Anfälle wirklich epileptische und nicht hysterische waren. Für die dritte Gruppe giebt er 3 Beobachtungen (2 eigene).

Ueber die vierte Gruppe sind Beobachtungen nicht publicirt, *Charcot* und *Voisin* geben nun an, dass sie diese Combination gesehen haben.

Endlich nimmt Verf. noch eine fünfte Gruppe von gemischten Anfällen an, welche man nicht als hystero-epileptische ansehen dürfe. Nach den Anfällen besteht Stupor und Coma, zwischen den Anfällen fehlen Störungen der Sensibilität. Dagegen sind Globusgefühl, Constrictionsgefühl, epigastrische Angst, Hallucinationen des Gesichts und Gehörs vorhanden. Verf. führt 4 Beobachtungen von *Billod* an. *St.*

Stephanides, Zur Kenntniss des Darmkatarrhes der Hysterischen. — Wien. med. Presse. No. 31 und 32.

Verf. bemerkt, dass auf den Darmkatarrh der Hysterischen von allen Autoren wenig eingegangen werde. Es unterscheide sich derselbe aber sowohl durch sein Auftreten, die Erscheinungen, den Verlauf, die lange Dauer und durch die Schwierigkeit der Beseitigung sehr wesentlich von den Darmkatarrhen bei anderen Personen. *S.* unterscheidet dann zwei verschiedene Krankheitsbilder, entweder tritt andauernder Durchfall ein, oder die hartnäckigste Stuhlverstopfung.

Bei den an nervöser Diarrhoe leidenden Kranken gehen allerlei krankhafte Erscheinungen im Magendarmkanal voraus, bis endlich die Diarrhoe immer regelmässiger wird und allen gewöhnlich angewandten Mitteln nicht weicht. Gewisse Nerveneinflüsse, besonders Gemüthsaffecte, sind oft die veranlassende Ursache des einzelnen Durchfalls. Die Durchfälle schwächen wohl die Kranken, aber sie erschöpfen sie durchaus nicht, wie man bei der langen Dauer des Leidens annehmen sollte. Der Grund sei wohl darin zu suchen, dass dabei weniger die Darmschleimhaut erkrankt, als überhaupt die reflectorische Reizbarkeit des Darms bis zum Aeussersten erhöht ist, und dass nie der ganze Darminhalt, sondern immer nur ein kleiner Theil desselben entleert wird. — Die Therapie kann nur für kurze Zeit

den Durchfall verhindern, sie muss sich im Wesentlichen auf das Allgemeinleiden, die Hysterie, richten, wodurch es dann zuweilen gelingt, das Uebel für immer oder für längere Zeit zu beseitigen.

Die zweite Form des Darmkatarrhs der Hysterischen ist die mit langdauernder, hartnäckiger Verstopfung. Es werden membranöse, dicke oder dünne Abgüsse der inneren Darmwand entleert, die aus zusammenhängenden Schleimmassen bestehen, welche neben den von lockerem Schleime eingehüllten harten Kothmassen im Stuhl gefunden werden. Der Stuhlentleerung voraus geht Auftreibung der Ileocoecalgegend und kolikartige Schmerzen. — Die Ursache der Bildung dieser membranartigen Schleimmassen sucht Verf. neben dem mit reichlicher Schleimabsonderung verbundenen Katarrh in einer Abnahme der Intensität der Reflexerregbarkeit des Darms. Diese Schleimcylinder würden wohl nur im Dickdarm gebildet. — Die Ernährung des Kranken leidet, weil durch die massenhaften Auflagerungen von Schleim die Resorption des Darminhalts verhindert wird.

Neben den Darmerscheinungen sind immer Erscheinungen von Seiten des Geschlechtsapparates vorhanden. Die Kranken selbst sehen fahl aus, das subjective Kraftgefühl ist herabgesetzt, psychische Depression macht sich geltend. Der Verlauf ist immer langwierig. Als Therapie empfiehlt Verf. Trinken von leicht abführenden Mineralwässern verbunden mit regelmässigen, täglichen Eingiessungen von Wasser in den Darm. Dabei streng geregelte Diät. — Die Besserung des Leidens tritt meistens nach langer Zeit ein; bei exacter Beobachtung und strenger Durchführung der Behandlung kann dann eine vollständige Heilung des Darmkatarrhs erzielt werden.

Schuchardt.

Yandell, Epidemic convulsions. — Brain. Oct.

Der Verf. beschreibt nach Aufzeichnungen seines Vaters eine auf den Boden religiöser Ueberspanntheit entstandene psychische Epidemie in Nord-Amerika. Diese Convulsionen, bekannt geworden unter dem Namen „revivals" traten zuerst in Kentucky auf, verbreiteten sich über Ohio, Tenessee und Karolina; sie erreichten ihren Höhepunkt ungefähr um das Jahr 1800, wo bei einer Versammlung circa 3000 Menschen zur Erde fielen und sich in Krämpfen wälzten.

Die Sensibilität war stets aufgehoben. Der Zustand war häufig ein Kataleptischer von Minuten bis zu 8 Stunden Dauer; ferner wurden epileptische und hysterische Krämpfe beobachtet. Vom Jahr 1803 ab verschwanden diese epidemisch auftretenden Convulsionen. Ob Geistesstörungen danach gefolgt sind, ist nicht bekannt geworden. — Es wurden diese Krampfzustände theils als Chorea, theils als Epilepsie und Hysterie angesehen.

Schuchardt.

Fochi, C., Di una paraplegia e anestesia isterica curata colla metalloterapia. — Arch. ital. per le mal. nerv. Heft V. und VI.

Ein Mädchen von 23 Jahren, von gesunden Eltern stammend, in frühster Kindheit ein Mal von Krämpfen befallen, ebenso während einer Schwangerschaft im 20. Lebensjahr, verfällt nach der Entbindung in tiefe Melancholie. Anfang des Jahres 1878 acquirirte sie ein typhöses Fieber, danach stellen sich Convulsionen und alle möglichen paretischen Erscheinungen ein. Im Februar 1879 kommt sie in Behandlung des Verf.'s; die Diagnose wird auf Hysterie gestellt. — Durch andauernde, circa $1^1/_2$ Jahre, und exacte Anwendung der Metallotherapie wird Patientin wieder hergestellt.

Schuchardt.

Richer, Dr. *P.*, Etudes cliniques sur l'Hystéro-Epilepsie ou Grande Hystérie. — Précédé d'une lettre-préface de M. le professeur *J. M. Charcot.* Avec 105 figures intercalées dans le texte et 9 gravures à l'eau forte. — 8. — XVI. 734. Paris.

In diesem überaus umfangreichen, gut ausgestatteten Buche bespricht der Verf. in der eingehendsten Weise die verschiedenen Phasen und Arten der Hysteroepilepsie und belegt jede einzelne mit ausführlichen Krankengeschichten und vielen Abbildungen. — Es zerfällt in 4 Abtheilungen und einen Anhang.

Im ersten Theil wird der vollständige und regelrechte hysterische Anfall behandelt. Die Vorläufer mit ihren Störungen der psychischen Sphäre, Hallucinationen, die Störungen von Seiten der Circulation, Respiration, Secretion und des Digestionsapparates, den Bewegungs- und Sensibilitätsstörungen. Die Aura hysterica und die hysterogenen Zonen.

Nach den Vorläufern beginnt die erste Periode des Anfalls, die epileptoide Periode. Verf. beschreibt nun genau die einzelnen Phasen und die Dauer und fügt, wie bei sämmtlichen einzelnen Abschnitten des Anfalles, als Erläuterung einzelne genau detaillirte Fälle bei. — Die zweite Periode wird ausgefüllt durch heftige Bewegungen und die dramatischen Stellungen. Die dritte Periode ist die der „attitudes passionnelles". Der vierte Abschnitt des Anfalls zeigt die Delirien und Hallucinationen. Der zweite Theil des Werkes enthält die einzelnen Varietäten des schulgerechten Anfalls und die Abarten der einzelnen Perioden. Ferner wird dabei mit abgehandelt Hypnotismus, Katalepsie, Lethargie und Somnambulismus.

Der dritte Theil des Buches enthält klinische Beobachtungen über einzelne Punkte der nervösen Symptome bei Hysteroepilepsie; wie die Anästhesie und Analgesie mit ihren verschiedenen Modificationen und ihrem ver-

schiedenen Auftreten; die hysterische Paralyse, die permanenten Contracturen, die rhythmische Chorea der Hysterischen.

Der vierte Theil behandelt die Diagnostik, Differential-Diagnostik und die Behandlung der Affection. Im Anhang führt *R.* verschiedene psychische Epidemien aus den verschiedenen Jahrhunderten an. *Schuchardt.*

Savage, Moral insanity. — J. of ment. sc. Juli.

Verf. ist der Ansicht, dass durch genaue Prüfung der einzelnen Fälle von „moral insanity" eine grössere Klarheit betreffs dieses Krankheitsbegriffes zu erlangen sei. — Von Seiten der Philosophie werde zwar die Theilung der Psyche in Intelligenz und Moral als Missgriff angesehen, die Irrenanstalten zeigten jedoch, dass häufig Fälle vorkommen, wo die moralische Sphäre der Kranken mehr afficirt sei als die der Intelligenz, und in dieser Beziehung rechtfertige sich dann auch die Unterscheidung zwischen Störungen der moralischen und der intellectuellen Sphäre. Stets jedoch leide die Intelligenz bei Erkrankungen der moralischen Sphäre mit, wenn auch nur in geringem Grade, vollständig intacte Intelligenz komme dabei nicht vor.

S. theilt nun das moralische Irresein ein in primäres und secundäres, und versteht dabei unter primärem das angeborene und unter secundärem das erworbene. Kinder, deren Eltern oder Verwandte an Psychosen litten, sind stärker belastet. Ferner aber tragen auch fieberhafte Affectionen der Eltern, constitutionelle Erkrankungen, wie Syphilis, Schuld an dem primären moralischen Irresein der Nachkommenschaft. — Das secundäre oder erworbene moralische Irresein tritt gewöhnlich auf nach einem Anfall von Geistesstörung als eine Art Heilung, zuweilen auch nach Intoxication und nach acuten fieberhaften Krankheiten.

Die Symptome des primären moralischen Irreseins zeigen sich äusserst selten schon vor dem 5. Jahr, häufiger zwischen 5 und 10 Jahre; die Zeit der Pubertätsentwicklung ist die kritischste, indem dann auch die Individuen, welche sich bis dahin gehalten hatten, den perversen Trieben und Impulsen verfallen. — Die ersten Symptome, die schon ganz früh eintreten können, sind der Hang zum Lügen, Stehlen, die Lust an grausamen Handlungen, Thierquälerei und Peinigen der Gespielen. Sehr früh entwickelt sich auch der Geschlechtstrieb, und Masturbation wird sehr häufig betrieben. In einigen Fällen zeigt sich Pyromanie. — Bei den Fällen, wo die Symptome hauptsächlich in der Pubertätsperiode sich entwickeln, überwiegt die geschlechtliche Sphäre, auch ist häufig Neigung zum Trunk vorhanden. Alle Betrafung nützt nichts.

Häufig ist die Intelligenz sehr wenig mitbetheiligt, oft sogar excelliren diese Kranken in einer Richtung ganz bedeutend, z. B. in Musik oder Mathematik.

Die secundären Formen werden leichter erkannt als die angeborenen,

Wenn das moralische Irresein als Residuum einer Geistesstörung über ein Jahr bestanden hat, so ist wenig Hoffnung auf Heilung vorhanden.

Schuchard.

---

10. Delirium acutum. Toxische Psychosen und Neurosen. Referent: Freusberg-Saargemünd.

Delirium acutum.

Sioli, Ein Fall von ulceröser Endocarditis mit psychischen Erscheinungen. Vortrag und Discussion in der Berl. Ges. f. Psych. — Arch. f. Psych. X, 1 und XI, 3.

Bei einem psychisch auffälligen Mann trat während einer Phlegmone des Unterschenkels eine bis zum lethalen Ausgang noch 17 Tage dauernde Psychose ein, die *S.* als eine Uebergangsform von der Manie zum Delirium acutum auffasst. Die Aehnlichkeit mit dem Delirium acutum war gegeben durch tiefe Bewusstseinsstörung, Verkennung der ganzen Umgebung, ferner durch das Stürmische der Erscheinung, durch schnellste Ideenflucht, unarticulirte überstürzende Sprache, ununterbrochenes Grimassiren und Geberdenspiel, plötzliche gewaltthätige Impulse — während die einer immer wiederkehrenden Vorstellungsreihe göttlicher Berufung entsprechende fixirte Stimmung erhöhten Selbstgefühls mehr der Manie angehörte. Die Section ergab ulceröse Endocarditis, Infarcte in den Organen, zahlreiche kleine Hämorrhagien der Pia, massenhafte punktförmige Blutaustritte in der rechten Insel. Als Todesursache ist die hochfieberhafte Organerkrankung, nicht die Hirnerkrankung anzusehen.

Aehnlich können schwere Manien „bei Hinzutreten von Phlegmone etc." in das perniciöse Symptomenbild des Delirium acutum übergehen. Dagegen spricht sich *S.* gegen die Bezeichnung von Delirium acutum für reine Paralysen, die in einem äusserlich ähnlichen Erregungszustand zu Grunde gehen, aus.

In der Discussion verwirft *Mendel* die Bezeichnung Delirium acutum, als nicht bestimmten charakteristischen Symptomen und Befunden entsprechend, und insbesondere als Bezeichnung für die psychischen Störungen bei fieberhaften Krankheiten.

Jastrowitz hat das Krankheitsbild des Delirium acutum bei den verschiedensten Localerkrankungen des Gehirns — multiple Embolien, Cysticercus u. a. — beobachtet.

Sander hält an Symptomencomplex des Del. ac. fest, und beschreibt näher einen typischen Fall mit absolut negativem Sectionsbefund.

Voppel, Delirium acutum. Tuberculose. — Irrenfreund N. 12.

V. beschreibt als Delirium acutum eine stürmisch verlaufende, die letzten vier Lebenswochen eines an florider Phthise zu Grunde gehenden jungen Mannes ausfüllende Psychose. Bei der Section fand sich allgemeine Hyperämie des Gehirns und seiner Hüllen und ein frisches Hämatom der Dura; ferner beginnende Atherombildung der Aorta. *V.* macht auf das Vorkommen von Atherom selbst bei sehr jungen Personen mit acuten Psychopathien aufmerksam.

M. Briand, Du délire aigu. Paris. Delahaye et Lecrosnier.

Eine unter den Auspicien *Mangan*'s geschriebene recht gute Monographie. Nach einer übersichtlichen Darlegung der Literatur über Delirium acutum von der ältesten bis zur neuesten Zeit — wobei auch die deutschen Autoren gewürdigt werden — wird das Delirium acutum von den fieberhaften Delirien im Allgemeinen abgegrenzt. Solche seien entweder idiopathische (bei Meningitis und Encephalitis), erregten furibunden Charakters; oder sympathische (?), weniger erregter Natur; oder symptomatische (bei typhösen Fiebern und örtlichen Entzündungen und bei Intoxicationen) mit wechselnden Erregungs- und comatösen Zuständen — und knüpfen sich an die bestehenden Krankheitsprocesse. Im Gegensatz dazu seien die fulminanten Symptome des Delirium acutum nicht durch eine etwa vorhandene fieberhafte Krankheit genügend erklärt. Es wird die Vermuthung ausgesprochen, dass dem Delirium acutum eine noch unbekannte Infectionskrankheit zu Grunde liegen könne.

Als pathologische Befunde sind angegeben: Hyperämie der Meningen besonders der Gegend der Fossae Sylvii, Hortensiafärbung der grauen Rinde, pralle Gefässfüllung; die Hyperämie beginne in der mittleren Schicht der Rinde um dann die innere und erst bei vorgeschrittenem Process die äussere Schicht zu ergreifen — entsprechend dem verschiedenen Gefässreichthum dieser Schichten *(Magnan)*; ferner fleckweise hyperämische Verfärbung der weissen Substanz und der grossen Kerne. Proliferation weisser Blutkörperchen wird bestritten, auch für die Rinde und die Meningen. — Weitergehenden Befunden deutschen Autoren gegenüber wird darauf hingewiesen, dass das Del. acutum ein klinischer Symptomencomplex, möglicherweise mit differenten pathologischen Befunden, sei. Fast constant will übrigens *B.* eine lebhafte Röthung der Intima der Aorta von den Klappen bis zum Arcus aortae, die mit Atherom Nichts zu schaffen hat, gefunden haben (in einem Fall eine häutige Auflagerung wie sie *Magnan* bei Paralytikern nach Pneumonie fand). Bei längerem Bestehen des Lebens fand *B.* fettige Entartung quergestreifter Muskeln, in einem Fall Bacterien im Blut.

Auf die Schilderung des Krankheitsverlaufes — wobei übrigens einiger wichtiger Momente wie der Schlingbeschwerden, der momentanen Wiederkehr des Bewusstseins, der Schweisse keine Erwähnung gethan — folgen

differentialdiagnostische Vergleiche mit Aufregungszuständen bei Manie, Melancholie und Paralyse, und schliesslich ist die These ausgesprochen: Delirium acutum ist bald eine Krankheit des Gehirns sui generis mit unbekannter Grundlage, bald eine Complication und Wirkung eines fieberhaften somatischen Zustandes, und stets begründet in einer besonderen Disposition des Gehirns.

Bei der Behandlung verlangt *B.* vor Allem absolutes no - restraint, empfiehlt feuchte Einwicklungen und laue Bäder und Chloral, von dem er üble Folge nicht gesehen habe.

Alcoholismus.

Ether Drunk. — The Lancet. 27. August 1881.

Erwähnung eines Falles von habituellem Aethergenuss in Form von Inhalation. Das betreffende Individuum in Paris scheint es zu einer gewissen Strassenberühmtheit gebracht zu haben, nähere Beobachtungen (wie im entsprechenden *Ewald*'schen Fall) sind nicht erwähnt. Daran anknüpfend wird mitgetheilt, nach einer Beobachtung von Dr. *Richardson*, dass in einer Gegend Irlands, nachdem durch Mässigkeitsapostel der Schnaps verdrängt war, zum Ersatz Schwefeläther getrunken wurde und noch werde. Zwei bis drei Unzen bewirken einen kurzen aber erregten Rausch; Todesfälle sind mehrfach beobachtet. Organische Krankheiten nach gewohnheitsmässigem Aethertrank scheinen weniger vorzukommen als nach Alkoholmissbrauch (bezüglich Psychosen ist Nichts erwähnt). —

L. Mason, A statistical report of two hundret and fifty-two Cases of inebriety. — Quart. J. of Inebriety. April.

M. stellt bei 252 Trinkern, die vom September 1829 bis November 1880 in Inebriatis Home Fort Hamilton aufgenommen wurden, vielseitige statistische Erhebungen an, von deren Resultaten nur die wichtigsten hier Raum finden können. Von den 252 Trinkern waren 208 Männer, 44 Frauen. Den stärksten Satz liefert das Lebensalter (bei der Aufnahme) von 30—35 Jahren (49), 35—40 Jahren (49), 25—30 Jahren (38), 40—45 Jahren (36). Dagegen fällt die Entwicklung der Trunksucht in das 20.—25. Lebensjahr bei 78, in das 15.—20. Jahr bei 68, in das 25.—30. Jahr bei 41, in das 30.—35. Jahr bei 29, in späteren Jahren mit erheblich geringen Ziffern. — 55 Personen gehörten den verschiedenen höheren Bildungsständen an; ohne Schulbildung waren 24. — Ein relativ häufiges Vorkommen des Trunkes bei Verheiratheten beziehungsweise Unverheiratheten ist beim männlichen Geschlecht nicht beobachtet, während ein Unterschied zu Gunsten lediger Frauenspersonen vorhanden schien. — Bei 116 Männern und 15 Frauen existirte Trunksucht bei der Verwandtschaft bis zum 3. Grad; von diesen

116 Männern waren bei 92 der Vater, bei 2 die Mutter, bei 4 Vater und Mutter, von den 15 Weibern war bei 3 der Vater dem Trunke ergeben. In 3 Fällen ist Geisteskrankheit in der Descendenz und in einem Fall in der Ascendenz notirt. — Von den 252 Aufgenommenen hatten 55 schon früher, und zwar 39 im Trinkerasyl eine Cur durchgemacht. — 135 Männer und 27 Frauen, im Ganzen 162 waren Gewohnheitstrinker, 73 Männer und 17 Frauen, im Ganzen 90 waren periodische Trinker. — Bei 34 soll die Trunksucht sich nach einer Kopfverletzung entwickelt, bei 3 soll sie nach Hebung anderer pathologischer Zustände (Harnröhrenstrictur, Bandwurm, Knochencaries) verschwunden sein, „sodass derartige Complicationen die sonst sehr ungünstige Prognose bessern können". — Zwanzig von 252 Trinkern waren epileptisch und davon 15 entschieden in Folge des Trunks. 93 hatten einen oder mehrere (bis 7) Anfälle von Delirium tremens gehabt; die Häufigkeit einer kurz geschilderten chronischen alcoholistischen Manie mit Gewaltthätigkeit und Illusionen ist nicht angegeben.

(Ein ausführlicheres Referat dieser Arbeit, von *J. Pieper*, findet sich im Irrenfreund 1881 No. 10.)

Wright, T. L., Observations on the Origin, Character and Treatment of Oinomania. — Alien. and Neurol. Oct.

Verf. bespricht zunächst die nahen Beziehungen des Alcoholismus zu der grossen Familie der Nervenkrankheiten und kommt zu dem Schlusse, dass derselbe ebenfalls als eine Neurose aufgefasst werden müsse. Insbesondere betont er einerseits das Vorkommen der Trunksucht bei nervös belasteten Individuen und andererseits die häufige Transmutation derselben in andere Neurosen bei der Nachkommenschaft. — In der Mehrzahl der Fälle entsteht die Trunksucht auf Grund einer neurotischen Diathese. Diese ist entweder erworben (in Folge psychischer oder physischer Schädigungen) oder weit häufiger ererbt. —

Verf. theilt die Trinker in continuirliche und impulsive ein. Die letzteren sind diejenigen, bei welchen der Drang nach alcoholischen Excessen sich nur periodisch äussert (ähnlich dem periodischen Auftreten der Anfälle bei Epilepsie). Dieser Drang ist ein triebartiger; er kann von den betreffenden Individuen zu Zeiten durch den Willen, durch die Ueberlegung unterdrückt, aber erfahrungsgemäss nie beseitigt werden. In der Regel kommt er bei irgend welcher Gelegenheit doch zum Ausbruch. Ebenso ist der genesene Trinker nie frei von der Gefahr des Rückfalls. — Mit moralischem Irresein hat die Trunksucht nichts gemein. — Die Therapie ist zunächst eine prophylaktische, gegen die hereditäre Beeinflussung gerichtete (vorsichtige Heirathen, Beseitigung der nervösen Diathese). Zur Bekämpfung der Trunksucht selbst sind entsprechende gesetzliche Bestimmungen und Trinkerasyle erforderlich.

Schlossberger.

Mason, Th., Inebriety a disease. — Präsidialrede, gehalten bei der Jahresversammlung der amerikan. Gesellschaft für Heilung der Trunksüchtigen in Chicago am 13. September 1877.

Unter Anführung zahlreicher Citate aus namhaften amerikanischen und englischen Autoren bespricht Redner die Frage, ob die Trunksucht mit Recht als eine Krankheit und nicht, wie Manche wollen, als ein blosses Laster zu betrachten sei. Er stellt zunächst fest, dass Alkohol, selbst in kleinsten Quantitäten genossen, so gut wie Arsenik, Opium, Atropin u. s. w. als Gift für den normalen, gesunden Menschen gelten müsse, und bespricht sodann die mannichfachen, nachtheiligen Wirkungen des Alkohol auf den menschlichen Organismus. Diese letzteren bewirken, dass die Trunksucht, wenn sie auch im Beginne nur als schlechte Gewohnheit oder Laster erscheinen kann, doch früher oder später als wirkliche, in verschiedener Weise sich äussernde Krankheit aufgefasst werden muss. Abgesehen von der Schädigung des trinkenden Individuum selbst, liegt die grosse Gefahr des Alcoholismus darin, dass er sich auf die Nachkommen vererbt und auf diese Weise die physische und moralische Degeneration zunächst der Familie, dann aber der ganzen Nation, herbeiführt. Selbstmord und Verbrechen nehmen nachweislich durch die Trunksucht zu und Redner hält sich für berechtigt, zwei Drittel der (in Amerika) gegenwärtig vorkommenden Fälle von Verarmung, Verbrechen und Krankheit als durch Alcohol bedingt anzusehen. Zum Schlusse fordert Redner dazu auf, diesen mächtigen Feind der menschlichen Gesellschaft auf jede Weise, hauptsächlich durch Gesetze, sowie Warnung und Belehrung des Volkes, energisch zu bekämpfen. — *Schlossberger.*

Wright, The quality of mental operations debared by the use of alcohol. — Alien. and Neurol. July.

W. führt 6 Fälle an, wo unter dem Einfluss von Trunk Amnesie derart beobachtet wurde, dass die betreffenden Personen an einen verschieden langen Zeitraum, während dessen sie mit anscheinendem Bewusstsein und Urtheil handelten, keine Erinnerung bewahrten. In diesem Zustand machte der eine der Erwähnten umfangreiche kaufmännische Geschäfte, ein anderer war Zeuge eines Mordes und machte darüber vor Gericht Angaben, ein weiterer plädirte als Advokat vor Gericht — mit nachfolgender completer Amnesie dieser Vorgänge. Der Zustand trat plötzlich ein, nach Genuss von oft nur wenig Alcohol. Bei einem der Fälle ist ein früherer Anfall von Krämpfen nach Trinkexcess, bei einem früheres Delirium tremens, bei zweien Kopfverletzungen, bei einem Epilepsie der Mutter erwähnt. —

Im Anschluss an diese Fälle wird ein Vergleich der Trunkenheit und Alkoholwirkung mit Zuständen wie sie bei Geistes- und Nervenkrankheiten

vorkommen, gezogen und die Unzurechnungsfähigkeit im bewusstlosen Zustand jeden Ursprungs betont. —

Binz, Ueber Alkoholgenuss und Alkoholmissbrauch. Referat in der neunten Versammlung des Vereins für öffentl. Gesundheitspflege, Wien, 14.—16. Sept. 1881. — Deutsche med. Woch. No. 39.

In dem kranken Organismus wirkt der Alkohol als Sparmittel. Diese Wirkung entfaltet er durch seine totale Verbrennung: weder durch die Athemluft noch durch den Harn wird unzersetzter Alkohol ausgeschieden. Die Endproducte der Alkoholoxydation auch im Organismus sind Kohlensäure und Wasser. Durch die Zersetzung des Alkohols im Organismus wird die Consumption der Gewebe vermindert. Auch im nichtfiebernden menschlichen Organismus bewirken nichtberauschende Alkoholgaben eine ganz bedeutende Herabsetzung der Ausscheidung des Harnstoffs (18 pCt.), des Kochsalzes (17 pCt.), der Phosphorsäure (22 pCt.), der Schwefelsäure (12 pCt.). Durch die Ersparung der Gewebsconsumption ermöglicht der Alkohol die Erhaltung der Lebenskräfte bei Unterbleiben der Nahrungsaufnahme und setzt in fieberhaften Krankheiten die Temperatur herab.

Die gleiche Eigenschaft des Alkohols als eines Sparmittels liegt dem instinctiven Alkohol-Bedürfniss der bei mangelhafter Ernährung hart arbeitenden Bevölkerung zumal in rauhem Klima zu Grunde. Gleiches gilt von der Arbeit in abnorm hoher Temperatur (Hochöfen, Sommererndte), wo der Alkohol durch Hebung der Herzthätigkeit und wahrscheinlich durch Einschränkung der Umsetzungen in den Geweben dem Eintritt des Hitzschlages entgegenwirkt.

Wirkliche Ersatzmittel für den Alkohol bei der arbeitenden Volksklasse sind nach *Binz* nur Erleichterung der Arbeit und gute Ernährung und sanitäre Fürsorge für den Arbeiter. Den Ersatz des Branntweins durch Thee und Kaffee hält *Binz* nicht für ausführbar, weil die Sparwirkung dieser Aufgüsse für den Organismus nicht erwiesen, der Ersatz durch Bier führe zu Uebermaass im Biergenuss und sei bei der Arbeit selbst nicht ausführbar. Die gewöhnlichen billigen Branntweine enthalten schädliche Zumischungen, wovon das Fuselöl die bekannteste, aber nicht die einzige sei. Reine alkoholische Getränke sind ein unersetzliches Erholungsmittel für den schwerarbeitenden Menschen. —

Daran schliesst sich das Correferat von

Bär, Ueber Alkoholgenuss und Alkoholmissbrauch. — Deutsche med. Wochenschr. 1881 No. 39.

Er verlangt gesetzliche Bestimmungen über zwangsweise Unterbringung der Trinker in besondern Trinker-Asylen, die er näher bespricht.

B. stellt eine Anzahl Thesen auf über die Mittel, mit denen der Trunksucht vom Staat und der Gesellschaft entgegengetreten werden müsse, welche Thesen nicht im Auszug gegeben werden können (s. Deutsche Med. Wochenschrift 1881 No. 35—37). —

Baer, Der Alkoholmissbrauch. Vortrag in der IX. Versammlung des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege in Wien, 14. Sept. 1881. — Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentl. Gesundh. XIV, 2.

In dem engeren Rahmen eines Vortrags sind hier die Grundzüge und wesentlichen Gesichtspunkte des bekannten Buches des Verfassers (Der Alcoholismus. 1878) zusammengedrängt. Zugleich bildet die Arbeit eine Ergänzung jenes Buches durch die Einflechtung eines reichen, neueren, bis 1881 reichenden statistischen Materials über alle mit der Trunksucht in Beziehung stehenden Fragen. Da diese statistischen Angaben nicht sich zum Auszug eignen, kann auf diese reiche Fundgrube nur hingewiesen werden.

Der deletäre Einfluss des Alkoholmissbrauches auf die Körperorgane, auf das Nervensystem wird ausführlich erörtert, das Auftreten von Epilepsie, Idiotie, moralischer Defecte bei den Nachkommen nachgewiesen, die Kindersterblichkeit, die Militärdienstuntauglichkeit, die Sterblichkeitsfrequenz der Bevölkerung wachsen mit der Verbreitung der Trunksucht im Volke, und dasselbe wird an umfassendem Beweismaterial nachgewiesen für die Häufigkeit von Selbstmord, Geistesstörung und Verbrechen.

Diesen verheerenden Folgen der Trunksucht muss entgegengetreten werden durch Maassnahmen der staatlichen Verwaltung und durch Maassnahmen die von der Gesellschaft ausgeben.

Als erstere sind genannt: Besteuerung der Spirituosen und Beschränkung der Hausbrennereien, Verminderung der Zahl der Schankstellen und Einschränkung der Verkaufszeit, Controle der feilgebotenen Getränke, Strafbestimmungen gegen Wirthe, die die Trunksucht befördern, Bestrafung der Trunkenheit als einer gesetzwidrigen Handlung, zwangsweise Internirung von Gewohnheitstrinkern in speciellen Trinkerasylen, auf deren Zweck und Wirksamkeit näher eingegangen wird. Für die Wirksamkeit dieser Maassregeln bringt *B.* in Fülle Belege aus den Ländern wo solche bestehen.

Daneben soll der Staat indirect den Kampf gegen die Trunksucht führen durch Verbreitung von Wissen und Bildung, durch Verbesserung der Volksnahrung, durch Begünstigung des Ersatzes des Schnapses durch Bier, Kaffee und Thee, durch Unterdrückung des Trunkes in der Armee.

Die Gesellschaft ihrerseits hat nur wenige Mittel und diese sind unwirksam, wenn nicht Jeder in seinem Bereich mitwirkt. Von Mässigkeitsvereinen hält *B.* für die continentalen Verhältnisse nicht viel. Kaffee- und Theehäuser für den gemeinen Mann müssen in die Höhe gebracht und

Asyle für trunksüchtige Personen (die sich freiwillig aufnehmen lassen) geschaffen werden.

Schliesslich formulirt *B.* seine Vorschläge zur Bekämpfung der Trunksucht in 7 Thesen.

Stark und *Götel*, Commissionsbericht*) über die zur Bekämpfung der Trunksucht geeignet erscheinenden Maassregeln. — Arch. f. öffentl. Gesundheitspflege in Elsass-Lothringen Bd. VI.

Aufstellung und begründende Erläuterung von Thesen bezw. Vorschlägen über gesetzgeberische Maassregeln und sociale Bestrebungen gegen die Trunksucht. Beschränkung von Production und Verkaufsstellen von Branntwein, Strafbestimmungen gegen Trinker und Wirthe, Beförderung des Bier-, Kaffee-, Thee-Consums, moralische und sociale Hebung des Arbeiterstandes sind die Richtungen, auf die die beachtenswerthen vielfachen Vorschläge zielen. Die Fragen der Mässigkeitsvereine und der Trinkerasyle sind als nicht wohl allgemein durchführbar nicht besprochen.

Lyssa.

Raymond, De la rage. — Expériences nouvelles. — Prophylaxie. — Le Prog. méd. No. 38.

Besprechung einiger neuer Arbeiten über die Hundswuth. In einer Brochüre De la physiologie pathologique et du traitement rationel de la rage, 1880, stellt Dr. *Deboué* (Pau) die These auf: das Wuthgift wird nicht absorbirt (rectius resorbirt); es verbreitet sich unmerklich längs der Nervenfasern, die davon berührt sind. (Die Weiterverbreitung soll nur in den sensiblen Nerven, der Krankheitsausbruch dann stattfinden, wenn das Gift die Medulla obl. erreicht hat, die Incubationszeit dauere um so kürzer, je kleiner die Entfernung der Bissstelle von der Med. obl.)

Diese Hypothese finde eine Stütze in den Untersuchungen *Pasteur*'s, der mit gar kleiner Substanz des verlängerten Markes und des Gehirns erfolgreich die Hundswuth überimpfte, und der fand, dass die sonst so schwankende Zeit der Incubation des eingeimpften Wuthgiftes eine constante und kurze (8 Tage sei), wenn man die Impfmasse in ein Trepanloch des Schädels einbringe.

Galtier in Lyon hat nach *Pasteur*'s Untersuchungen frühere Versuche über Schutzimpfung mit Wuthgift weitergeführt und giebt an, dass nach Einbringung von Wuthgift in die Kiefervene seine Versuchshunde nicht nur nicht wuthkrank wurden, sondern auch von Hundswuth verschont blieben, wenn ihnen später auf anderem Wege das Gift eingeimpft wurde.

*) Siehe diese Zeitschrift XXXVII. Suppl. S. 93.

Galtier fand bei Kaninchen Uebertragbarkeit des Wuthgiftes durch Zumischung zur Nahrung.

Kolessnikow, Ueber pathologische Veränderungen des Gehirns und Rückenmarks der Hunde bei der Lyssa. — Virchow's Arch. 85. Bd.

Im Jahre 1875 fand *Benedikt* (Virchow's Archiv 1875 und 1878) bei Untersuchung des Gehirns und Rückenmarks des Menschen und einiger Hunde: 1) Hyperämie der Blutgefässe im Gehirn. 2) Lymphostasis in den perivasculären Räumen. 3) Anwesenheit von hyaloider Substanz und Pigmentschollen in den Gefässwänden und deren Umgebung, 4) miliare Abscesse neben den Blutgefässen. In einer gleichzeitigen Arbeit (Centralbl. für die med. Wiss. 1875 No. 50) fand auch *K.* jene hyaloide Substanz, ferner Infiltration des interstitiellen Gewebes und der Gefässwände mit weissen und rothen Blutkörperchen, und Proliferation des Endothels. — Während mehrere englische und russische Aerzte den gleichen Befund constatirten, erhielten *Torel* (D. Zeitschr. für Thiermedicin III. Bd.) und *Schulz* (D. Arch. für. klin. Med. 20. Bd.) bei der Untersuchung der Hemisphären von Menschen und Hunden bei Lyssa negative Resultate. *Weller* (Archiv für Psychiatrie 1879) bestätigte hinwiederum jene Befunde, und sprach die hyaloide Substanz als einen Fettkörper an. *K.* hat nun neue umfangreiche Untersuchungen angestellt und fand wesentlich Folgendes: Regelmässig sind die Blutgefässe des Centralnervensystems erweitert, die Gefässwände mit runden Zellen infiltrirt und die Elemente der Gefässwand proliferirt. Eine rundzellige Infiltration fand sich auch längs der Gefässe und um die Nervenzellen herum in allen Theilen des Centralorgans (inclus. Med. obl. und spin.) inselförmig localisirt.

Die Intensität dieser Erscheinungen hängt von der Stärke der Intoxication, besonders aber von der Dauer der Krankheit ab. Am ehesten und stärksten sind ergriffen Corpora striata, Medulla obl. und Rückenmark; in den Hemisphären sind die Veränderungen nicht immer intensiv, und im Interstitialgewebe oftmals mehr disseminirt. — Stets finden sich in der Gefässwand und um diese herum zahlreiche hyaloide, bisweilen pigmentirte colloide Schollen. Diese entstehen theils aus extravasirten flüssigen Blutbestandtheilen und Blutkörperchen, theils aus lymphoiden Elementen der Gefässwand, welche mit der Formveränderung eine chemische Umwandlung in Amyloid-, Colloid- oder Pigmentsubstanz erfuhren.

Elsenberg, Die anatomischen Veränderungen der Speicheldrüsen bei Wuthkrankheit der Hunde und des Menschen. — Virchow's Arch. 87. Bd.

Nach Mittheilung der widersprechenden Angaben früherer Autoren theilt *E.* seine Untersuchungen über die Speicheldrüsen bei 18 wuthkranken

Hunden und zwei Frauen mit. Neben stärkerer Blutfüllung der Gefässe werden die Drüsenzellen der Parotis trübe und undurchsichtig, ihr Kern vergrössert sich und ändert seine Gestalt; diese Schwellung vermehrt sich und gleichzeitig erscheinen im interstitiellen Gewebe kleine Zellen. Bei höherer Intensität der Veränderungen kommt nicht selten Kerntheilung in den Epithelialzellen zu Stande und nimmt die kleinzellige Infiltration des interstitiellen Gewebes zu.

Analog sind die Veränderungen in der Submaxillaris und Sublingualis.

Makroskopisch erscheinen die Speicheldrüsen prall, grauröthlich, teigig.

Ausgangspunkt der entzündlichen Veränderung ist das Drüsenepithel; die kleinzellige Infiltration des Gewebes geht bis zur Bildung kleiner Abscesse. — *E.* nimmt an, dass es das infectiöse Wuthgift ist, welches, indem es sich im Speichel ausscheidet, das Drüsenparenchym reizt und die entzündlichen Veränderungen hervorbringt.

Während beim Hunde der Befund der Speicheldrüsen zur Diagnose post mortem dienen kann, haben die beschriebenen Veränderungen beim Menschen nicht gleichen Werth, sowohl der geringeren Intensität wegen, als auch deshalb, weil sie bei Typhus und andern Infectionskrankheiten sowie nach manchen therapeutischen Mitteln sich ähnlich finden.

---

12. Anstaltswesen. Referent: Laehr.

Brosius, Ueber offene Curanstalten. — Irrenfreund. No. 9.

Verf. tadelt die Aufnahme psychisch Erkrankter in den „offenen Curanstalten für Nervenkranke“. Gerade die beginnenden Psychosen, die unter den unschuldigen Namen „Verstimmung, Dysthymie, nervöse Aufregung“ zahlreich in freien Curanstalten „für nicht geistesgestörte Nervenkranke“ behandelt werden, gehören in die sog. „geschlossene“ Anstalt, dagegen könne die freie Curanstalt für manche chronischen Fälle recht geeignet sein. Jedenfalls möge man den täuschenden und den Vorurtheilen des Publicums schmeichelnden Namen „offene Curanstalten“ umwandeln in „Maison de santé“ oder in „Curanstalt für Gehirn- und Nervenkranke“. Wie jetzt derartige Anstalten gehandhabt würden, stellten sie, wie Verf. aus eigner Erfahrung wisse, nur einen Rückschritt in der Psychiatrie vor.

v. Krafft-Ebing, R., Ueber Nutzen und Ausführbarkeit der eigenen Regie in österreichischen Irrenanstalten. — Jhrb. f. Psychiatrie. Bd. II. Heft 1.

Vorzüge der eigenen Regie: 1) Ersparung. 2) Kräftigere Kost. 3) Wichtigkeit der Beschäftigung aus hygienischen Heilgründen. 4) Der Traiteur

und sein Personal bildet ein fremdes und dadurch störendes Element in der Anstalt. Schwierigkeit, einen nach allen Seiten tüchtigen Traiteur zu finden, noch schwieriger, einen für beide Theile günstigen Contract zu errichten. Die Preise der Lebensmittel schwanken, lange und kurze Contracte mit Uebelständen verbunden. Das Gedeihen der eigenen Regie hängt ab: 1) Oberleitung im ärztlichen Director, 2) tüchtige Unterbeamten (Materialver. und Oeconom), 3) vereinfachte Geschäftsführung.

Peeters, A., L'encombrement des asiles d'Aliénés. — Bull. de la soc. de Méd. ment. de Belg. No. 20.

In allen Ländern leiden die Anstalten an Ueberfüllung und Belgien würde es noch mehr sein, wenn Gheel nicht wäre. Man sollte noch mehr solche Dörfer gründen. Für Luxemburg ist diese Frage angeregt. Nicht alle Kranken brauchen in Anstalten zu sein. In Schottland sind viele Kranke in Privathäusern untergebracht, Anfang 1881 deren 1415, von denen 855 mit Familienmitgliedern dort wohnen, 560 ohne sie. Die meisten Wirthe sind Ackerbauer oder solche, deren Haus mehr Wohnung bietet, als für ihre Familie nöthig ist. Bei vielen sind 4 Kranke, doch sollten nach der Meinung der Inspectoren nur 2 da sein, weil letztere Zahl mehr dem Familienleben sich anpasst. An manchen Orten sind Gruppen solcher Häuser, wie in Kennoway (Grafsch. Fife), Balfron und Gartmore (Stirlingshire). Der Anfang geschah 1862, von wo an das Gesetz dies zuliess. Inspectoren sind Dr. *Fraser*, Director einer benachbarten Anstalt, und Dr. *Lawson*, früher Assistent einer englischen Anstalt. Die Erfolge sind günstig. Neusandhorst, Einum, Insel Cepel in Ungarn, Scherbitz und Zschadrass werden zu Gunsten dieses Systems angeführt.

Rapport de la Commission chargée d'étudier les Causes de l'Encombrement des Asiles d'Aliénés et de rechercher les Remèdes a y apporter. Commission: Mm. *van den Abeele, Ingels, Lentz.* — Bull. de la Soc. de Méd. ment. de Belg. Heft II.

Die Commission sieht den Grund der Ueberfüllung der Irrenanstalten nicht in einer absoluten Zunahme der Geisteskranken, sondern einmal in der schärferen Aufsicht des Staates und der steigenden Aufmerksamkeit seitens der Communen, wodurch viele Irre der Anstalt zugeführt werden, die man früher frei herumlaufen liess, sodann darin, dass der Begriff des Irreseins ein allgemeinerer geworden ist, dass also Viele der Irrenanstalt anheim fallen, die früher als nervenkrank oder als einfach epileptisch galten. Ferner kommt speciell für Belgien hinzu eine Verminderung der Zahl der Irrenanstalten und die Leichtigkeit, mit der die Communen vermittelst

des „Fond commun“ ihre Kranken den Anstalten übermitteln konnten. Die Ueberfluthung der Anstalten zu hindern giebt es nur zwei Mittel. Entweder man baue neue Anstalten oder man fördere die Irrenpflege ausserhalb der Anstalt. Die Commission tritt für letzteres ein und will sowohl die Familien der Kranken als die Communalspitäler herangezogen wissen. Jeder Kranke soll zunächst in die Irrenanstalt kommen. Wird er dort als unheilbar und ungefährlich erkannt, so wird die Familie desselben oft gegen eine fortlaufende Unterstützung seitens des Staates bereit sein, ihn zu verpflegen. Andrenfalls hätte das Spital des Ortes ihn aufzunehmen. Dort würde er seiner Familie näher sein und viel billiger verpflegt werden als in der Anstalt. Letztere aber würde entlastet, so dass eine bessere ärztliche Behandlung eintreten könnte. Freilich müsste zu diesem Behuf eine Erweiterung der bestehenden grossentheils gleichfalls überfüllten und die Errichtung neuer Communalspitäler stattfinden. Schliesslich wird eine gesetzliche Regelung der Frage verlangt, wer neue Anstalten zu errichten habe, da dies bisher dem guten Willen überlassen sei.

Parsons, R. L., On the Private Care for the Insane. — The Alien. and Neur. Oct.

Verf. hält es bei der — seiner Ansicht nach nicht nur absolut, sondern auch relativ zur Gesammtzahl der Bevölkerung — zunehmenden Anzahl der Geisteskranken zunächst für unmöglich, sie alle in staatlichen Anstalten unterzubringen. Es sei sogar denjenigen, die die Ausgaben nicht zu scheuen brauchen, die private Pflege anzurathen, da die Ueberfüllung der öffentlichen Anstalten eine genaue und individualisirende Behandlung sehr erschwere. Verf. unterscheidet nun 1) Privatanstalten, die 50—200 Pat. aufnehmen und vor den öffentlichen Anstalten nur die geringere Zahl der Kranken, ein verhältnissmässig grösseres Personal und in Folge dessen bessere Pflege und grössere Freiheit für den Einzelnen voraushaben, 2) Privatanstalten für 10—50 Kranke, die eine mittlere Stellung zwischen der vorigen und nächsten Gruppe bilden, 3) Privathäuser, in denen 1—10 Kranke in der Familie eines Irrenarztes Aufnahme und relativ beste Pflege finden, da hier grösste Individualisirung, höchstes Mass von Freiheit, nächster Verkehr mit Gesunden und reichste Fülle erlaubter Vergnügungen ermöglicht wird, 4) die Art der Familienpflege, wie sie in Gheel und in Schottland eingeführt ist, und 5) die Pflege in der eignen Familie des Kranken. Er fordert für jede Form der privaten Pflege staatliche Ueberwachung, weist Verdächtigungen gegen Privatanstalten, als könnte hier Eigennutz die Pflege verschlechtern, zurück, und bespricht schliesslich die Bedingungen, unter denen eine häusliche Pflege psychisch Erkrankter möglich und vortheilhaft ist.

Everts, O., The Americ. system of public Provision for the Insane, and Despotism in Lunatic Asylums. — Amer. J. of Insan. Oct.

Verf. vertheidigt die amerikanischen Anstaltseinrichtungen und Anstaltsärzte gegen Angriffe seitens der Presse und sogar medicinischer Journale. Besonders war den Aerzten und den Anstaltsleitern der Vorwurf despotischer Herrschaft gemacht und der Satz aufgestellt worden, statt des einen Gewalthabers müsste in den freien Staaten eine Commission an der Spitze jeder Anstalt stehen. Verf. zeigt dagegen, dass in einer Anstalt um so grössere Erfolge erreicht werden können und thatsächlich erreicht werden, je mehr der ärztliche Director die Leitung in seinen Händen hat. Zumal müsse er selbst das Anstaltspersonal anstellen können.

Curwen, J., On the Propositions of the Association on the Organization of Hospitals for the Insane. Subordinate officers and attendants. — The Alien. and Neurol. Jan. April.

Ein ärztlicher Director muss die Oberleitung und je nach der Zahl der Kranken einen oder mehrere ärztlichen Assistenten haben und zwar derartig vorgebildete, dass sie ihn in seiner Abwesenheit vertreten können. Bei mehr als 200 Kranken muss ein zweiter Assistent und ein Apotheker angestellt werden; der letztere kann noch andere Pflichten auf der Männerabtheilung übernehmen. Der Inspector muss stets dem Director untergeordnet sein, was nicht immer der Fall ist und dann zu grossen Störungen führen kann. Die Matrone steht unter der ärztlichen Leitung den häuslichen Einrichtungen vor, die zur Bequemlichkeit und Kräftigung der Kranken dienen. Ein Geistlicher ist als steter Beamter wünschenswerth und muss dann der Direction untergeordnet sein. An manchen Anstalten wohnt der Geistliche in der Nachbarschaft oder der Director versieht seine Pflichten. Vielen Kranken fehlt es, wenn dies nicht geschieht.

In jedem Hospitale sollten ein Oberwärter und eine Oberwärterin mit guten Eigenschaften sein, die die Oberaufsicht über Pflegepersonal und Kranke haben und eine Vermittlung zwischen Kranken und Beamten sind. Auf zehn Kranke dürfe nicht weniger als ein Wärter sein, mehr sind wünschenswerth. Das Pflegepersonal muss tüchtig und gut besoldet sein und die guten muss man zu erhalten suchen. Der Director muss berechtigt sein, Einrichtungen für Feuersgefahr zu treffen und für eine genügende Nachtwache zu sorgen.

Workman, J., Asylum management. — Amer. J. of Ins. July.

Verf. tadelt die besonders in den westlichen Anstalten herrschende Unsitte, die Wahl der Anstaltsbeamten von politischen Ansichten abhängig zu

machen, es werde zuviel von den Behörden regiert, es müsse nicht eine Neu- resp. Wiederwahl nach einigen Jahren (meist 5 Jahren) stattfinden, sondern Ernennung auf Lebenszeit. Der Director müsse die Assistenten anstellen. Sodann beklagt er sich über die Verläumdungen, die in Zeitungen und vor Gericht gegen die Leiter von Irrenanstalten erhoben werden und die mit der Zunahme der allgemeinen Bildung eher zu- als abnehmen. Die Angestellten müssen mehr von ihren Behörden geschützt werden. Die Einrichtungen von Volontärärzten ist zu begünstigen.

Morselli, Enr., l'Amministrazione e la scienza nei Manicomy. — Arch. Ital. par le mal. nerv. Nov. 1880.

Schlussätze *Morselli*'s: 1) Im Systeme überflüssiger Vereinigung der Gewalten in der Verwaltungscommission übertreibt man den Einfluss der Verwaltung in unnützer und schädlicher Weise, stört die physische und moralische Cur der Kranken und verkennt ganz den wesentlich medicinischen und technischen Charakter des Irrenhauses.

2) Im Systeme absoluter Autonomie lässt man den Verwaltungen nicht den ihnen gebührenden Einfluss auf den allgemeinen Gang des Irrenhauses, noch giebt man ihnen alle in ihrem Interesse gewünschte Garantie. Man übertreibt in überflüssiger Weise die Verantwortlichkeit des Directors und verhindert ihn, seine Mühe ganz ausschliesslich dem Wohle der Irren zu widmen.

3) Das beste System der ärztlich-administrativen Organisation eines Irrenhauses ist dies, dass man dadurch, dass man dem Director die directe Verantwortung für die Verwaltung abnimmt, ihm ganz allein den Theil zuwendet, der die Hygiene, Pflege und Disciplin enthält, und in Bezug auf den öconomischen Theil dem Director den Einfluss und die Autorität lässt, welche sich nothwendig ergiebt aus dem eminent technischen Zweck eines Instituts, das in jeder einzelnen Minute den Forderungen der medicinischen Psychologie und Hygiene entsprechen muss in steter Achtung vor den gebührenden Rechten des moralischen Seins, woraus jene die Ursachen und den Mittelpunkt der Existenz herleiten.

4) Das Problem besserer Beziehungen zwischen den Directionen und den Verwaltungen der Irrenhäuser wird seine beste practische Lösung dann erhalten, wenn beide die nothwendigen Kosten für den Unterhalt der Geisteskranken aus demselben Gesichtspunkte betrachten und sich so auf ein Terrain begeben, wo sich die Forderungen der practischen Psychiatrie und die unbestreitbare Nothwendigkeit der öffentlichen Sparsamkeit versöhnen.

Rittergut Alt-Scherbitz. 5. und 6. Jahresbericht über die Zeit vom 1. April 1879 bis 31. März 1880 und 1. April 1880 bis 31. März 1881. (Director: Dr. *Paetz*.)

5. Jahresbericht. Mit Beginn 1879 hat die Anstalt, bis dahin Filiale der Prov.-Irrenanstalt Nietleben, selbständige Verwaltung erhalten,

Sie hat nunmehr ihre Lebensfähigkeit bewiesen. Bestand am 31. März 1879 250 (144 M. 106 F.). Aufgenommen 104 (62 M. 42 Fr.), darunter 36,5 pCt. Heilbare. Entlassen 44 (21 M. 23 Fr.), nach Nietleben zurückversetzt 4 (1 M. 3 Fr), gestorben 15 (9 M. 6 F.). Genesen waren 20 (8 M. 12 Fr.). Es entwichen etwas über ein Dutzend in Folge mangelhafter Beaufsichtigung. 1 Melancholiker erhing sich Nachts im gemeinschaftlichen Schlafzimmer. An Paralyse starben 5 M. und 3 Fr. — Von Anfang April 1879 an können die Kranken resp. Angehörigen und Behörden zwischen Nietleben und Alt-Scherbitz wählen. Die Isolirzimmer sind fast gar nicht benutzt worden, so dass in Frage steht, ob nicht deren feststehende Gitter ganz entfernt werden. Seit Fertigstellung des Lazareths werden alle aus körperlichen oder psychischen Gründen der Bettruhe Bedürftigen dorthin übergeführt. Am Jahresschluss betrug die Zahl der Arbeitenden 91 pCt. Im Herbst konnte mit dem Bau von 4 Villen, je 2 für Männer und Frauen, je eine für 11 Kr. der 1. und 2. Classe und je eine für 22—25 Kr. der 3. Classe begonnen werde. Die Anstalt besitzt 5 Dorf-Häuser. Die Ausgabe betrug 142,789 M. — Der Reinertrag des Gutes betrug 13,103 Mrk.

6. Jahresbericht. In Twer (Russland) wird eine mit den Bauplänen von Alt-Scherbitz übereinstimmende Anstalt errichtet. Bestand war 291 (175 M. und 116 F.), aufgenommen 97 (55 M. 42 F.), entlassen 73 (38 M. 35 F.), darunter gestorben 16 (8 M. 8 F.). Von den Aufgenommenen 36 pCt. erblich belastet. An Paralyse starben 5 M. und 4 F. Entweichungen sind verhältnissmässig wenig vorgekommen. Die 4 Villen wurden im August bezogen. 2 kleine Dorfhäuser sind für 4200 und 3900 Mark angekauft worden; für je 7 und 8 Kranke. Ausgabe 175,142 Mark. Reinertrag des Gutes 16,778 Mark.

2. Bericht über das Carl-Friedrich-Hospital Grossh. Sächs. Irren- und Siechenanstalt zu Blankenhain. 14 S.

Neubauten im Sept. 1880 eröffnet. Im Schlossgebäude ist nunmehr die Hauptstation der Geisteskranken 84 (47 M. 37 W.), der Infirmerie 24 (11 M. und 13 W.), im Centralgebäude Krampfkranke 25 (11 M. 14 W.), Siechenstation (für Gebrechliche, Blinde und nicht gestörte Nervenkranke) 28 (14 M. 14 W.), ruhige Geisteskranke, Altersschwache und unschädlich Blödsinnige 47 (25 M. 22 W.), Isolirabtheilung 32 (15 M. 17 W.), im Colonistenwohnhaus Agrarcolonie 35 M.

Bestand 1. Januar 1877: 135 (69 M. 66 W), Zugang bis 1880 87 (47 M. 40 W.), abgegangen von 1877 bis 1880 67 (34 M. 33 W.), blieben Ende 1880 155 (82 M. 73 W.). Darunter 8 Melanch., 4 Manie, 25 Verrücktheit, 67 sec. Seelenstörung, Dem. par 4, Seelenstörung mit Epilepsie 20, Idiotie 14, Imbecillität 53, Blindheit 9, Neurosen 13, Gebrechlichkeit 3,

Altersschwäche 1. Geheilt 5 (3 M. 2 W.), geb. 3 (1 M. 2 W.), ungeheilt 4 (2 M. 2 W.), gestorben 55 (28 M. 27 W.). Mortalität daher 9 pCt.

Aerztlicher Bericht über die Wirksamkeit der Krankenanstalt in Bremen im Jahre 1881. 8 S. (Dir. Dr. *Scholz.*)

In der Irrenanstalt Anfang 1881: 95 (46 M. 49 F.), aufgenommen 151 (93 M. 58 F.), entlassen 130 (74 M. 56 F.), gestorben 24 (17 M. 7 F.). Unter den Verpflegten 17 pCt. in den ersten beiden Verpflegungsclassen. Stets steigende Frequenz! Von den neu Aufgenommenen litten 47 (43 M. 4 F.) an Del. trem.; nicht geisteskrank 3 M. Von den Gestorbenen litten 8 M. an Paralyse, 3 an Del. trem. — Von den Ungeheilten wurden 13 in die ländliche Familienverpflegung und 5 in auswärtige Anstalten gegeben. Nachdem 1880 die Krankenpflege der Frauenabtheilung in die Hände von Bielefelder Diaconissen gelegt, ist jetzt auch die Männerpflege zum grossen Theil von Diaconen aus demselben Mutterhause übergeben und wird die Neuorganisation des Pflegedienstes 1882 vollendet werden.

Jahresbericht der Prov.-Irrenanstalt zu Brieg für 1880. (Dir. Dr. *Alter.*)

Anfang 1880 Bestand 175 (94 M. 81 F.), aufgenommen 24 (16 M. 8 F.), entlassen 20 (13 M. 7 F.), darunter gestorben 9 (7 M. 2 F.). Unter den Gestorbenen 1 M. mit 86 Jahren, der 30 Jahre in der Anstalt lebte. Ein Theil der Männer wurde gegen Tagelohn mit landwirthschaftlichen Arbeiten ausserhalb der Anstalt beschäftigt. Ausgaben 76,602 Mark.

Bericht über die Verwaltung der Irren-, Heil- und Pflege-Anstalt Eichberg für das Etatsjahr vom 1. April 1880 bis 31. März 1881. 10 S. (Director Dr. *Heuser.*)

Bestand im März 1880 in Eichberg und Eberbach 349 (158 M. 191 F.), aufgenommen 75 (47 M. 28 F.), abgegangen 82 (48 M. 34 F.), Bestand März 1881 342, davon in Eichberg 233 (114 M. 119 F.), in Eberbach 109 (43 M. 66 F.). Unter den Abgegangenen 39 (22 M. 17 F.) gestorben, 1 F. an Suicidium. Krebskranke kommen relativ häufig vor, doch solche im Rheingau häufiger. In den 2 letzten Jahren starben 18 M. und 1 F. an Paralyse, die Krankheitsdauer bis zum Tode betrug $^1/_2$—1 Jahr bei 8, 1—2 Jahre bei 6, 2—3 Jahre bei 2, 3—4 Jahre bei 1 und 8 Jahre bei 1 Kranken. — Ausgaben 185,435 Mark.

Jahres-Bericht über die kgl. böhm. Landesirrenanstalt in Prag für 1881. Manuscript. (Dir. Dr. *Fischel.*)

1880 verblieben 1115 (627 M. 488 F.), aufgenommen 762 (419 M. 343 F.), entlassen geheilt 90 (48 M. 42 F.) = 8,61 pCt., geb. entlassen 245

(124 M. 121 F.) = 23,48 pCt., ungeheilt entl. 41 (22 M. 19 W.) = 3,9 pCt., transferirt nach Dobian, Brünn und Tyrnau 55 (34 M. 21 F.), entwichen 7 (5 M. 2 F.), Selbstmord 1 F., gestorben 355 (219 M. 136 Fr.) = 33,93 pCt., blieb Bestand 1083 (594 M. 489 F.). Von den Gestorbenen litten 73 (63 M. 10 F.) an Geistesstörung mit Lähmung, 18 (12 M. 6 F.) an Irrsein mit Fallsucht, 9 M. an Alcoholismus. Im Bestande blieben 44 Irrsein mit Lähmung (38 M. 6 F.), 72 (42 M. 30 F.) mit Irrsein und Fallsucht, 58 (56 M. 2 F.) mit Alcoholismus.

Anzahl der Verpflegungstage 409,698. Beköstigung pro Kopf und Tag 38,90. Gesammtkosten pro Kopf und Tag 67,44 Kr.

Bericht über die Verwaltung der vereinigten Bezirks-Irren-Anstalten Stephansfeld-Hördt für die Verwaltungsperiode vom 1. April 1880 bis 31. März 1881 erstattet von dem Director und Oberarzt Dr. *Stark*. Strassburg. 30 S.

Schon bald nach Eröffnung der Anstalt 1835 wurde eine ausgedehnte Beschäftigung der Kranken mit Landwirthschaft eingeführt. Jetzt werden 67 Hectare bewirthschaftet. 1844 wurde ein grosser Oeconomiehof nahean gebaut. 1876 wurde ein Neubau nöthig und war 1880 400 Meter von dem Centrum der Anstalt ausgeführt, so dass 50 Kranke in die Colonie übersiedeln konnten. Eine Telephonverbindung mit dem Hauptgebäude wurde ausgeführt. Der Bau ist stattlich und hat sich seit einem Jahre bewährt. In der Hauptanstalt wurden dadurch Plätze für 50 Kranke und 6 Einzelzimmer für störende Kranke gewonnen. Der frühere Oeconomiehof kann nunmehr ganz den Handwerken dienen. Eine Tobabtheilung mit 8 Zellen und 1 Zimmer für den Vice-Oberwärter und ein Aufenthaltsraum wurde neu gebaut. 3 Isolirzimmer und ein Badezimmer wurden als nothwendig der Abtheilung der Unreinlichen beigefügt. Eine einheitliche Entwässerungsanlage der Anstalt ist ausgeführt und eine Wasserleitung bewilligt. — Bestand war 1879/80 949 (453 M. 496 F.), wovon in Stephansfeld 709, in Hördt 240. Aufgenommen 268 (154 M. 114 F.). Entlassen 201 (112 M. 89 F.), blieben Ende März 1801 1016 (495 M. 521 F.) und zwar in Stephansfeld 777 (376 M. 401 F.), in Hördt 239 (119 M. 120 F.). Es starben 63 (33 M. 30 F.), 5 pCt. der Verpflegten. An Dem. paral. litten von den neu Aufgenommen 33 M. und 11 Fr. — Unter den 269 Aufgenommenen waren 112 Pensionäre. Durchschnittlich wurden täglich 73 Pensionäre gepflegt, mit der jährlichen Einnahme von 158,130 Mark. 2 selbstmordsüchtige Frauen machen seit $1^1/_2$ Jahren stete Sorge. Entweichungen kamen nur 21 vor. — Viehbestand 41 Kühe, 7 Pferde, 8 Ochsen, 121 Schweine, 600 Stück Geflügel. Ausgaben 485,294 Mark. Für die 994 Kranken waren 22 Beamte, 140 Wart- und 83 Dienstpersonal.

Rolfus, C., Besuch einer Cretinen-Anstalt. Nebst einem Vorwort über Cretinen und Cretinen-Anstalten im Allgemeinen. Zum Besten der St. Josephs Cretinen-Anstalt in Herthen. Säckingen, 1880. 44 S.

Warm empfundene und klar ausgesprochene Worte über das Cretinenwesen, die geschichtliche Entwicklung der Anstalten, die Zahl derselben und das innere Leben der St. Josephs-Anstalt zu Herthen (Baden). Bis jetzt sind 45 Pfleglinge in ihr.

8. Bericht über das Erziehungs-Haus für schwach- und blödsinnige Mädchen „Zum guten Hirten" zu Hasserode bei Wernigerode. Wernigerode, 1881. 18 S.

Bestand Ende 1880: 24, aufgenommen 1880 5 Mädchen, ausgeschieden 8, 1881 bis August eingetreten 3, ausgeschieden 3. Es starben 3. Ausgaben 10,989 Mark.

Verwaltungs-Bericht der Anstalt für Unterricht und Erziehung schwachsinniger aber bildungsfähiger Kinder aus dem Regierungsbezirk Oppeln zu Leschnitz vom 2. October 1871—1. Januar 1881. (Vorsteher: *H. Heisig.*)

Eröffnet 9. October 1871. Bis Ende 1880 sind 78 (62 Kn. 16 M.) aufgenommen, 53 (42 Kn. 11 M.) ausgeschieden, davon 18 erwerbsfähig. Blieben 25. Im Regierungsbezirk Oppeln sind 465 schulpflichtige schwachsinnige Kinder. Ausgabe für 1880 8835 Mark.

1. Jahresbericht der Anstalt für schwachsinnige Kinder in Mosbach. Mosbach, 1881. 26 J.

Juli 1880 eröffnet. Bis jetzt 34 Kinder aufgenommen. Bestand 29 (17 Kn. und 12 Mädch.), 4 wurden zurückgenommen. 7 Personen arbeiten für sie. Formen des Schwachsinnes. Hausordnung. Statuten.

Bericht über die Idioten-Anstalt „Neu-Erkerode" bei Braunschweig vom 1. April 1880 bis Pfingsten 1881. Braunschweig 1881. 15 S. (Director *K. Palmer.*)

April 1880 Bestand 115, aufgenommen 32, entlassen nach der Irrenanstalt 2, zurückgenommen 4, gestorben 5, Bestand blieb 136 (81 m. 55 w.). Pfleglinge bis 5 Jahr sind 4, von 6 bis 10 Jahren 7, von 11 bis 15 Jahren 15, von 16 bis 20 Jahren 20, von 21 bis 30 Jahren 37, von 31 bis 40 Jahren 23, von 41 bis 50 Jahren 13, von 51 bis 60 Jahren 11, von 61

bis 70 Jahren 5, älter 1: Geisteskrank sind 10, unfähig sich zu speisen 20, sich zu kleiden 39, epileptisch 31 (20 m. und 11 w.). 28 Gesunde pflegen sie. Die Gestorbenen litten an Schwindsucht.

Bericht der Commission für Irrenschutz. E. E. Gesellschaft des Guten und Gemeinnützigen über die Nothwendigkeit der staatlichen und privaten Hülfe zur Verbesserung der hiesigen Irrenverhältnisse. Basel, 1880. 24 S.

1861 machte Dr. *Brenner* auf die Mängel der Irrenanstalt in Basel aufmerksam, 1874 wiederholte dies Dr. *Müller* und vorliegende Schrift dient gleichem Zwecke. Manche meinen, wenn sie etwas dem Spitale vermachen, komme dies auch dem Irrenhause zu Gute, weil ein neues die Aufgabe des Staates Basel sein muss. Der Staat muss eben bauen. Das Bedürfniss wird noch nicht allgemein gefühlt. Die jetzige Anstalt genügt aber weder qualitativ noch quantitativ. Sie liegt sehr ungünstig, trennt nicht genügend die Kranken, ist beengt im Spazierraum, ist Abtheilung eines grösseren Spitals. Die Zellen sind schlecht. Ein Kranker kostet doppelt so viel, als wenn er in einer guten Anstalt wäre. Reiche lassen sich nicht aufnehmen. Die Anstalt müsste 120—160 Kranke aufnehmen können (2 auf 1000 Einwohner). Dazu wird Baselland noch Kranke senden und ebenso würden Pensionäre kommen, daher Raum für ca. 180. Sie muss auch eine klinische sein. (Möge der Hinweis auf die dringende Noth in dem Wohlthätigkeitssinne der Bewohner Basels bald ausreichende Hülfe finden!)

Compte-Rendu du Département de l'intérieur du Canton de Vaud pour l'Année 1880. Lausanne pp. 171. (Director Dr. *Challand.*)

Im Asile de Cery wurden aufgenommen 169 (94 M. 75 F.), darunter nicht irre, sondern epileptisch 1 M., 2 hysterische F., 1 M. mit Gehirntuberkeln und 1 M. mit Gehirnhämorrhagie. Entlassen 175 (101 M. 74 F.), davon geheilt 36 (21 M. 15 F.), gebessert und ungebessert 107 (60 M. 47 F.), gestorben 32 (20 M. 12 F.), darunter durch Strangulation 1 M. und 1 M. mit Arthritis genu und complicirter Fractur des Humerus. Bestand Ende 1879 336 (162 M. 174 F.), Ende 1880 330 (155 M. 175 F.). Ausgaben 275,201 Francs; 1 Kranker täglich 2,25 Francs. 1880 wurden 52 Kranke mehr behandelt als 1879. Die höchste Zahl der Aufnahmefähigkeit war erreicht, was man erst in 8 bis 10 Jahren erwartete. Eine Liste von 32 unheilbaren ungefährlichen Kranken wurde aufgestellt, um sie den Angehörigen zurückzugeben. Die Alcoholisten sind zahlreicher geworden, 32 (28 M. und 4 F.). Noch immer pflegt man die Unheilbarkeit abzuwarten, ehe die Aufnahme nachgesucht wird. Das Wasser ist an Qualität und Quantität mangelhaft. Die meisten Kranken arbeiten auf dem Felde, auch Frauen.

Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalt **Waldau** für das Jahr 1880 zu Händen der Tit.Insel-Direction. Bern. (Dir. Prof. Dr. *Schaerer.*)

Der Bericht enthält die Motivirung der Nothwendigkeit einer Erweiterung der Irrenfürsorge des Cantons Bern's, macht Vorschläge und begründet sie. Sie trifft mit dem 25jährigen Jubiläum der Anstalt Waldau, welches festlich begangen ward, zusammen und bestätigt die Erfahrung in vielen anderen Anstalten, welche nach $^1/_4$ Jahrhundert bei Weitem nicht mehr den gesteigerten Anforderungen genügten. Als Norm sei anzunehmen, dass auf je 500 Seelen ein Irrer untergebracht werden müsse, so dass im Cantone für 1000 Kranke Fürsorge zu treffen sei. Nimmt man nun auch 1 Untergebrachten auf 600 Seelen an, so sind noch 900 zu verpflegen und wenn 100 auf landwirthschaftliche Colonien kommen, so würden für Waldau 300, für einen Neubau 500 fallen. Waldau lässt sich in Folge seiner Oertlichkeit nicht erweitern — der Nachweis davon wird ausführlich gegeben — und von allen vorgeschlagenen und untersuchten Orten hat sich das Schlossgut zu Münsingen als das zweckmässigste Terrain für einen Neubau ergeben. Ueberdies wird darauf aufmerksam gemacht, dass nur durch die Theilung der Kranken, wenn sie Waldau als Heil- und Pflegeanstalt mit klinischem Lehrstuhl ca. 300 Kranke, die neue Anstalt ohne klinische Aufgabe 5–600 Kranke enthält, die Behandlung und Pflege die den Anforderungen entsprechendste werden könne. In Waldau war Anfang 1880 Bestand: 350 (165 M. 185 F.), aufgenommen 102 (48 M. 54 F.), entlassen 88 (44 M. 44 F.), darunter gestorben 11 (6 M. 5 F.). Weitere Statistik vgl. allgem. Bericht der Inselcorporation.

W. J. Morton, The Town of **Gheel**, in Belgium, and its Insane. — J. of Nerv. and Ment. Dis. Jan.

Verf. betont in dieser Schilderung Gheel's unter Andrem den Vortheil, dass die Aerzte mit der Verwaltung nicht belästigt werden, und so ihre ganze Zeit den Kranken widmen können. Die Behauptung, die ärztliche Aufsicht sei vollständig ausreichend, erscheint etwas kühn, wenn man hört, dass für 1600 Kranke ausser dem Chefarzt nur 3 Aerzte vorhanden sind, und dass ein heilbarer Kranker nur Anspruch hat auf wöchentlichen, ein unheilbarer auf monatlichen Besuch des Arztes.

Peeters, A., Rapport sur la situation de l'asile d'aliénés de **Gheel**. Pendant l'année 1880. — Bull. de la soc. de méd. ment. de Belg. No. 22.

Bestand Anfang 1880 1385 (653 M. 732 F.), Ende 1880 1595 (780 M. 815 F.), 99 M. und 66 F. siedelten aus der geschlossenen Anstalt St. Anne

lez-Courtrai über. Es wurden aufgenommen 546 (322 M. 224 F.), entlassen 336 (195 M. 141 F.). Im Bestande Ende 1880 waren 157 (108 M. 49 F.) Pensionäre, 1438 Arme, ebenso 215 (82 M. 133 F.) Heilbare und 1380 (698 M. 682 F.) Unheilbare. Alcoholmissbrauch war in 14,1 pCt. Ursache des Irrseins. Dem. par. war bei 46 (41 M. 5 F.) der Aufgenommenen. 157 (84 M. 73 F.) starben = 8,1 pCt., 6 waren 30—40 Jahre da, 1 bis 50 Jahre, 1 noch Lebender ist schon 52 Jahre dort, ein Kranker von 75 Jahren seit 1829. Ein Anderer starb 103 Jahre alt 1878 und war 48 Jahre dort. An Dem. par. starben 29. Autopsien konnten nur in einigen Fällen gemacht werden. Selbstmord kam nicht vor. In der Infirmerie wurden behandelt 535 (317 M. 218 F.) Ankommende, 345 (266 M. 79 F.) der Ordnung halber, 58 (32 M. 26 F.) aus sanitären Rücksichten. 3 Aerzte hatten den Dienst bei circa 1600 Kranken, zerstreut über das Terrain, eine Vermehrung der Aerzte wird gewünscht. Ungefähr 1000 Wirthe sind zu überwachen. Nur 4 Personen sind dazu da. Eine Frau trägt eine Lanière an den Füssen, weil sie mit ihr sich dort wohler fühlt als dies in einer Anstalt sein würde. 2 tragen Handschuhe. Häufiger ist das Camisol besonders im Winter, doch darf es nur mit Zustimmung des Oberarztes geschehen. Einige Fälle von Heilung und wesentlicher Besserung werden speciell angeführt, darunter Dem. paral.

Rapport médical relatif à l'année 1880 sur l'hospice-Guislain, à Gand. (Dr. *Ingels*.) — Bull. de la soc. de méd. ment. de Belg. p. 33.

Die unmittelbare Nachbarschaft der Anstalt führte durch Neubauten Fremder Inconvenienzen herbei. Durch Expropriation ist ein Theil derselben beseitigt, von einem anderen Theil ist dies noch zu wünschen und dieser würde zu einer Colonie zweckmässig zu verwenden sein. In der Anstalt hat sich die Landbevölkerung vermindert, die der Stadt vermehrt. Jene musste anderen Anstalten zugewiesen werden. 21 waren in der Anstalt 30 und 40 Jahre lang, 5 40 und 45 Jahre lang. Am zahlreichsten sind die Kranken zwischen dem 41 bis 50 Lebensjahre. Von 492 Kranken konnte man 56 zu den heilbaren, 95 zu den zweifelhaft heilbaren, 341 zu den unheilbaren zählen. Ausführliche Nachweise über die Heredität. Von den 48 Entlassenen waren 18 geheilt, 12 fast geheilt, 16 ungeheilt, 2 nicht-irre. Am meisten genesen von denen, welche mehr als 2 Jahre in Behandlung waren. Es starben 34, die meisten über 60 Jahre alt; 1 durch Erhängen. 5 Sectionen wurden gemacht. Mechanischer Zwang wurde möglichst wenig angewendet. Die Schule wurde besucht von 46, die Musikstunden von 44. Es fand regelmässiger Gottesdienst statt. An Sonn- und Festtagen haben ca. 50 freien Ausgang. Den ersten Sonntag jeden Monates können Mehrere ihre Familien in der Stadt besuchen und werden von Verwandten abgeholt. An den militärischen Uebungen nahm 1/4 der Kranken Theil.

Eine Feuerwehr besteht. Ausser dem dirig. Arzte Dr. *Ingels* und dessen Assistenten fungirten als Director Vater *Hildecard*, 50 Ordensbrüder und 13 weltliche Diener.

38. Annual Report of the Managers of the State Lunatic Asylum, Utica N.-Y. for the year 1880. Albany pp. 68. (Sup. Dr. *Gray*).

Bestand 620 (318 M. 302 F.), aufgenommen von Ende Sept. 1879 bis 1880: 468 (247 M. 221 F.), entlassen geheilt 155 (74 M. 81 F.), gebessert und ungebessert 263 (157 M. 106 F.), als nicht irre 14 (13 M. 1 F.), gestorben 42 (27 M. 15 F.), blieb Bestand 614 (294 M. 320 F.). Von den Aufgenommenen waren 51 sehr schwach und 7 starben in den ersten 11 Tagen. 7 Frauen waren schwanger. 46 waren über 60 Jahre alt. 26 M. und 4 F. litten an Dem. paral. und 23 an Epilepsie. 61 hatten Selbstmordversuche gemacht: 39 wurden in mech. restraint zugeführt. 11 waren nicht-irre, 9 trunken, 1 mit acuter Meningitis und 1 litt an Hystero-Epilepsie. — Von den 468 Aufgenommenen wurden 143 entlassen: 56 geheilt, 19 gebessert und 14 ungebessert, 21 starben, 7 waren nicht-irre.

Vom Jan. 1843 bis Sept. 1880 wurden aufgenommen 10,040, davon entlassen geheilt 5142, ungeheilt und gebessert 6281, gestorben 1773, nicht-irre 230. — Von den 468 Aufgenommenen waren erblich belastet 160 (82 M. 78 F.). Unter den 155 davon Genesenen war die Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 1 Jahr bei 140 (65 M. 75 F.), über 1 Jahr bei 15 (9 M. 6 F.). Von 1849 litten an Dem. paral. 439 (401 M. 38 F.) und starben 306 (284 M. 22 F.). Von den 42 im Jahre Gestorbenen endeten 2 (1 M. 1 F.) durch Erhängen. In einem Aufsatze: „Custody and treatment“ wird die Frage des Non-restraint in Anstalten, welche das Maximum persönlicher Freiheit und das Minimum der Beschränkung gewähren soll, ausführlich besprochen, die Discussionen darüber in Deutschland, Frankreich angeführt und, was Verf. schon vor 20 Jahren anführte, bekannt, dass mechanische Beschränkung unter Umständen gerechtfertigt sei. Ausgaben für die Anstalt pro Jahr 236,713 D.

Report of the Asylum for the Insane, London, for the year ending Sept. 30, 1880, addressed to *J. W. Langmair*, Inspector of Asylums for the Province of Ontario, by *R. M. Bucke*, Sup. London, Oct. pp. 47.

Bestand am 1. Oct. 1879: 742 (358 M. 384 F.). Aufgenommen 160 (78 M. 82 F.), entlassen 67 (26 M. 41 F.), gestorben 43 (19 M. 34 F.), entwichen 7 (6 M. und 1 F.), 1 M. in andere Anstalt übergeben. Bestand 784 (384 M. und 400 F.) Von den Entlassenen 58 geheilt und gebessert. Die 3 Einzelgebäude haben sich bewährt. Sie erlauben eine bessere Isolirung,

besseres Licht, bessere Ventilation, bessere körperliche Gesundheit, kosten weniger. Für 1000 Kranke empfiehlt *Bucke* 10 oder 12 separate Gebäude und zahlende Kranke von den anderen zu trennen. Im letzten Jahre wurden mit Nutzen keine Spirituosa gegeben. Mechan. Restraint wurde in 93 Fällen (25 M. 68 F.) angewendet und zwar Restraint und Isolirung in 24,403 Stunden (4079¼ bei M. und 20,323¾ bei F.). 200 Acres Land sind cultivirt und 20 Acres sind Garten. Die Wirksamkeit des Gottesdienstes wird gelobt und eine besondere Kapelle gewünscht. Auf Urlaub waren 58 (21 M. 37 F.), davon entlassen geheilt 22 (6 M. 16 F.), gebessert 14 (6 M. 8 F.), zurückversetzt 12 (3 M. 9 F.), noch in Urlaub 10 (6 M. 4 F.). — Von den 67 Entlassenen war 1 nicht-irre. Seit Eröffnung 1870 sind aufgenommen 1781, wovon 569 entlassen, 348 gestorben, 29 entlaufen, 51 in andere Asyle gebracht. Am 26. Nov. waren im Hauptgebäude 462 (223 M. 239 F.) in den 3 Cottages 179 (89 M. 90 F.), im Isolirgebäude 102 (51 M. 51 F). Ausgaben 95,485 D., pro Kopf und Jahr 124 D.

25. Annual Report of the State Lunatic Hospital at Northampton for the year ending Sept. 30, 1880. Boston. pp. 71 (Sup. Dr. *Pliny Earle*).

Bestand Anfang October 1879: 442 (224 M. 218 F.), aufgenommen 117 (59 M. 58 F.), entlassen als geheilt 28 (16 M. 12 F.), als gebessert und ungeheilt 54 (25 M. 29 F.), als nicht-irre 2 M., gestorben 29 (17 M. 12 F.), blieben 446 (223 M. 223 F.).

Von den Gestorbenen kamen 2 (F.) durch Selbstmord um, in dem einen Fall blieb es zweifelhaft, ob die Kranke in Folge von Verfolgungswahn sich über das Treppengeländer schwang, sich einige Secunden festhielt und herunterfiel. Seit fast 8 Jahren war kein Fall von Selbstmord vorgekommen, seit Eröffnung der Anstalt vor 22 Jahren 14 Fälle. Procentsatz der Gestorbenen überhaupt 6,44, in den 22 Jahren 5,81 pCt. Gottesdienste, religiöse Erbauungen, Vorträge, Feste, Concerte, Tanzvergnügen fanden an 332 Tagen statt. In der Farm wurden 22,451 Gallonen Milch producirt, 8 Pferde, 9 Ochsen, 30 Kühe, 52 Schweine u. s. w. gefüttert.

Früher schon veröffentlichte Schlusssätze mit Bezug auf die Statistik der Genesung bestätigten sich, wonach die Zahl erheblich sich steigert durch die Genesung derselben Personen, wonach die Zahl beeinflusst wird durch die Subjectivität des Zählers (ein schlagendes Beispiel davon wird angeführt), dadurch, dass man oft die Zahl der Entlassenen und nicht der Aufgenommenen zu Grunde legt. Es wird das Beispiel der Anstalt in Worcester angeführt, wornach seit 1875 8204 Kr. aufgenommen wurden, davon wiederholt 2796. Die Genesungen der einmal Aufgenommenen waren 3191 (38,89 pCt.), die der Wiederaufgenommenen 1191, daher die ganze Zahl 4382. Die Genesung der einmal Aufgenommenen betrug 38,89 pCt., der 5 Mal Aufgenommenen 55,45 pCt., der 10 Mal Aufgenom-

menen 62,50 pCt., der 20—23 Mal Aufgenommenen 100,00 pCt. Zum ersten Male sind die 24 statistischen Tabellen nach einer vom Staate für alle Hospitäler Massachusetts vorgeschriebenen Form angefertigt. Von 1858 bis 1880 sind einmal aufgenommen 2887 (1435 M. 1452 F.), wiederholt 524 (280 M. 244 F.). — Ausgaben 97,193 D. Die Wärter erhalten monatlich zuerst 13 D., später 16 D., die Wärterinnen 15—18 D. Es giebt 11 Wärter und 15 Wärterinnen für durchschnittlich 450 Kranke.

5. Bericht des thurgauischen Hülfsvereins für Gemüthskranke über die Jahre 1879 und 1880. Erstattet vom Comité in der Generalversammlung zu Weinfelden den 27. Juni 1881. Frauenfeld, 1881. 30 S.

Der Bericht beginnt mit einem Vortrage von Dr. *Walter*: „Wie soll man sich den Geisteskranken gegenüber verhalten?" Beherzigenswerthe und klare Worte über den Verkehr vor oder während des Aufenthaltes in einer Anstalt, wie nach der Entlassung aus ihr.

1879 und 1880 wurden an 22 Personen 648 Frcs. verausgabt. Einige Beispiele. Verzeichniss der Mitglieder.

6. Jahresbericht des Schlesischen Hülfsvereins für Geisteskranke über das Jahr 1880. Liegnitz. 28 S.

Mitgliederzahl 601. Ausgezahlt 1880 7591 M. an 66 Kranke. Aufsatz über die Vorurtheile gegen die Aufnahme in eine Anstalt. Gewisse Melancholische, beginnendes Irrsein und fast alle Hysterische gehören jedoch in die offenen Anstalten, so wie die, welche an Stimmungswechsel leiden. Besonders die Tagespresse möge zur Belehrung beitragen, ebenso die Gemeindevorstände.

VII. Jahresbericht des Brandenburgischen Hülfsvereins für Geisteskranke zu Eberswalde über das Geschäftsjahr 1880—81. Eberswalde. 22 S.

301 Mitglieder. An 29 Personen wurden 756 Mark vertheilt. Capitalsvermögen 9112 Mark. Einzelfälle werden angeführt, welche Gaben erhielten. Es folgen die Bestimmungen des Reglements über die Aufnahme Kranker in eine der Landirrenanstalten des Provinzialverbandes von Brandenburg. Verzeichniss der Mitglieder.

Jahres-Bericht über die Verwaltung der Unterstützungskasse für bedürftige Pfleglinge des Grossh. Landeshospitals zu Hofheim für 1880 und 1. Quartal 1881. 8 S.

Einnahmen 1875 Mark, Ausgaben an 18 Personen 713 Mark. Capitalvermögen 4597 Mark. 6 davon wurden in der von den Aerzten Hofheim's

vor mehreren Jahren in dem benachbarten Crumstadt gegründeten, im Wachsthum begriffenen kleinen Colonie entlassener Pfleglinge verpflegt. Letztere besteht zur Zeit aus 13 Personen (3 M. und 10 F.), untergebracht in sechs Familien.

Beretninger om den kjoebenbavnske, den noerrejyske Oestifternes og den viboryske Sindssygeanstalt i 1880. Kjoebenhavn 1881. Gr. 8. 82 Seiten.

I. St. Hans Hospital bei Roeskilde (von Prof. Dr. med. Oberarzt *Steenberg*).

Zu den 724 Kranken, mit welchen das Jahr 1879 abgeschlossen, kamen im Verlauf von 1880 als neu aufgenommen 84 M. und 104 F., ab gingen 78 M. und 99 F., so dass am Jahresschluss der Bestand 735 betrug, nämlich 326 M. und 409 F., davon im Curhaus 65 M. und 79 F. und im Pflegehaus 261 M. und 330 F. Der verhältnissmässig geringen Zunahme der Krankenzahl mit 11, während sie in den vorigen Jahren durchschnittlich 19 betragen hatte, war es zu verdanken, dass besonders im Curhaus die Ueberfüllung der Anstalt weniger drückend empfunden wurde. Die nun mittlerweile erfolgte Beziehung der Neubauten in Bjergmarken hat sogar eine Anzahl von Reserveplätzen geschaffen, welche indess mit Rücksicht auf die starke Bevölkerungszunahme von Kopenhagen — im Jahr 1880 betrug dieselbe 10,000 — nur für einige Jahre vorhalten dürften.

Aus den statistischen Zusammenstellungen über die im Jahresverlauf Neuaufgenommenen möge Folgendes hervorgehoben werden. Die allgemeinen Ergebnisse, wie sie sich nach Wohnort, Alter, Civilstand und Stellung herausstellten, schliessen sich im Wesentlichen den Resultaten an, welche sich für das vorhergehende Jahr ergeben hatten und wie ich sie in meinem Referate des betreffenden Berichtes angeführt habe.

Von den 13 M. und 9 F., welche wiederholt aufgenommen wurden, waren es wiederum 6 M., bei denen Trunksucht das Recidiv verursacht hatte, während dies nur bei 1 F. der Fall war.

Die Form der Geistesstörung ergab folgendes Resultat:

Melancholie	18 M.	37 F.	i. S. 55.
Manie . . .	9 „	10 „	„ 19.
Wahnsinn .	10 „	9 „	„ 19.
Verrücktheit	10 „	24 „	„ 34.
Blödsinn . .	34 „	21 „	„ 55.
Idiotie . . .	3 „	3 „	„ 6.

Von diesen litten gleichzeitig an:

Voranschreitender Paralyse	13 M.	2 F.	i. S. 15.
Epilepsie	3 „	7 „	„ 10.

In der ausführlichen Tabelle über die Ursachen nimmt diesesmal der

Trunk den ersten Platz ein (21 M. 2 F.) dann folgt Syphilis (14 M. 2 F.) und erst an dritter Stelle die erbliche Anlage (8 M. 4 F.). Geistige Ueberanstrengung wird nur in 2 Fällen und zwar bei Frauen angegeben, wobei es sich wohl um die beiden unter der Rubrik Stand und Stellung angeführten Lehrerinnen handeln wird. Uebrigens spricht sich Prof. *Steenberg* dahin aus, dass er den Resultaten dieser Zusammenstellung ein zu grosses Gewicht nicht beilegen könne, weil die meisten Aufnahmen vom Communehospital zu Kopenhagen aus erfolgen, dessen Aerzte gewöhnlich nicht näher bekannt mit den persönlichen Verhältnissen der Kranken sind und welche von den Angehörigen zum Theil nur mangelhafte oder selbst auch unwahre Berichte erhalten.

Beschäftigt waren von der Durchschnittszahl von 73,027 Kranken 63,77 pCt. und zwar 73,11 pCt. F. und 56,18 pCt. M. Der Gesundheitszustand war ein guter, besonders war das Erysipel, welches 1879 mit 20 Fällen die erste Stelle unter den Erkrankungen eingenommen hatte, nur mit 3 Fällen vertreten. Der Abgang vertheilte sich folgendermaassen

Geheilt .	20 M.	39 F.	
Gebessert	14 „	31 „	
Ungeheilt	8 „	3 „	
Gestorben	36 „	25 „	d. h. 8,36 pCt.

vom durchnittlichen Krankenbestand. Wie im vorigen Jahr überwogen unter den Todesursachen die rein entzündlichen Lungenkrankheiten (13), die Lungenschwindsucht führte nur bei 2 Frauen zum Tode. Leider war auch ein Selbstmord zu beklagen. Derselbe betraf einen chronischen Alkoholiker mit melancholischen Erscheinungen, dessen Entlassung als geheilt in Aussicht stand, und welcher in einem plötzlichen Anfall von Raptus melancholicus nur mit dem Hemde bekleidet entsprang und sich in einem benachbarten Gehölz aufhing. Eine der neu aufgenommenen Frauen erwies sich als nicht geisteskrank.

II. Den noerrejyske Sindssygeanstalt i 1880. (Af Overlaege, Dr. med. *Holm.*)

Anfang 1880 betrug die Krankenzahl i. S. 404 (203 M. 201 F.) es kamen hinzu 60 M. und 56 F., ab gingen 66 M. und 57 F., so dass der Bestand am Jahresschluss i. S. 397 (197 M. 200 F.) betrug. Von den 116 Aufnahmen zeigte die Altersstufe von 21—25 Jahren die meisten (22), dann folgten 26—30 Jahre (20) u. s. w.

Nach dem Civilstande folgten nacheinander: Unverheirathete mit 58, Verheirathete mit 51 und Verwittwete mit 7. Bei 38 (26 M. 12 F.) handelte es sich um einen Rückfall, und zwar waren 11 (9 M. 2 F.), davon vorher in der Anstalt gewesen und geheilt entlassen worden, weitere 9 (6 M. 3 F.) schieden nur gebessert aus, bei den übrigen hatten sich ein oder mehrere frühere Anfälle nachweisen lassen.

Nach den Formen vertheilten sich die Aufnahmen wie folgt

Manie	16 M.	15 F.	i. S. 31
Melancholie	27 „	27 „	„ 54
Wahnsinn	4 „	6 „	„ 10
Verrücktheit . . .	5 „	7 „	„ 12
Blödsinn	7 „	1 „	„ 8
Nicht geisteskrank	1 „	— „	„ 1.

An progressiver Paralyse litten gleichzeitig 4 M., an Epilepsie 2 M. Bemerkenswerth ist das starke Ueberwiegen der Melancholie, welche Form im St. Hans Hospital allerdings ebenfalls den ersten Platz einnahm, denselben aber mit der Verrücktheit theilte. Unter den Ursachen waren am zahlreichsten vertreten erbliche Anlage in 71 Fällen, dann folgte Disposition durch frühere Geistesstörung mit 21, Syphilis mit 8 u. s. w.

Beschäftigt waren bei einer täglichen Durchschnittszahl von 404,25 72,97 pCt. nämlich 70,82 pCt. M. und 75,13 pCt. F. — Aus der Tabelle der intercurrent auftretenden Erkrankungen möge eine beschränkte Typhusepidemie von 3 Fällen hervorgehoben werden, welche sämmtlich günstig verliefen. Die Krankheit war durch einen männlichen Patienten aus einem Krankenhaus eingeschleppt worden. Trotz sorgfältiger Desinfection erkrankte dann ein anderer Patient, welcher beim Reinigen der Zimmer und Latrinen in der Krankenanstalt beschäftigt war. Ein dritter war allerdings niemals mit dieser Abtheilung in directe Berührung gekommen, dagegen schlief er in einem unter derselben gelegenen Zimmer in einer Ecke, durch welche das Abfallrohr der Latrine der Krankenabtheilung, ein von einem Holzkasten umgebenes Zinkrohr hindurchpassirt. Obwohl weder eine undichte Stelle an diesem Rohr nachgewiesen noch irgend welcher Geruch an ihm wahrgenommen werden konnte, hält *Holm* es doch nicht für unwahrscheinlich, dass von ihm aus die Infection des dritten Kranken erfolgt ist.

Der Abgang (123) vertheilte sich folgendermaassen:

Geheilt.	17 M.	17 F.
Gebessert	13 „	18 „
Ungeheilt	22 „	17 „
Gestorben	13 „	5 „
Nicht geisteskrank	1 „	— „

Die Anzahl der Gestorbenen betrug also die geringe Summe von 4,45 pCt. vom Durchschnitt. Unter den Todesursachen nahm Peritonitis mit 5 M. die erste Stelle ein, als deren veranlassende Momente Krebs des Netzes, Brucheinklemmung, Verschluss des Dünndarms durch Fremdkörper, Darmstrictur und Phlegmone des Beckens zum Theil mit Perforation des Darmes anzusehen waren, dann folgt allgemeine fortschreitende Paralyse mit 4 M. u. s. w. Bei einem 74 jährigen Manne bestand die Todesursache in einer Ruptur des linken Ventrikels, bestehend aus drei getrennten Rissen an der äusseren Fläche, welche in der Ventrikelwand zu einer Höhle zu-

sammenliefen, welche wiederum durch eine grosse Oeffnung mit der Kammer in Verbindung stand.

III. Oesifternes Sindssygeanstalt i 1880. (Af Overlaege Fuerste.)

Der Krankenbestand betrug Anfang 1880 i. S. 406 (195 M. 211 F.), aufgenommen wurden 157 (90 M. 67 F.), es gingen ab 148 (77 M. 71 F.), also blieb Bestand 415 (208 M. 207 F.) im täglichen Durchschnitt 413,77. Mit dieser Krankenzahl ist eine Ueberfüllung der Anstalt gegeben, welche sich besonders für die Schlafräume der dritten Classe bemerklich macht, in welcher anstatt der ursprünglich berechneten 6—700 Cubikfuss Luft für jedes Bett nur 518—545 in Wirklichkeit vorhanden sind.

Von den 157 Aufgenommenen war das Alter von 31—35 Jahren am stärksten vertreten (28), dann folgte 21—25 Jahre mit 23 u. s. w. Nach dem Civilstand folgten nacheinander Unverheirathete (87), Verheirathete (57) und Verwittwete (13). An Rückfälligen wurden aufgenommen 38 (23 M. 15 F.), davon 15 M. und 5 F., welche vorher geheilt aus der Anstalt entlassen worden waren.

Die Formen vertheilten sich folgendermaassen:

	M.	F.	i. S.
Manie	29 M.	19 F.	i. S. 40
Melancholie	34 „	33 „	„ 67
Wahnsinn	18 „	13 „	„ 31
Verrücktheit	1 „	2 „	„ 3
Blödsinn	6 „	— „	„ 6
Nicht geisteskrank	1 „	— „	„ 1
Noch unter Beobachtung	1 „	— „	„ 1.

Davon litten 5 M. gleichzeitig an Paralysis progressiva. Bemerkenswerth ist auch hier das starke Ueberwiegen der Melancholiker. 18 von denselben verübten Selbstmordversuche ohne jedoch ihren Zweck zu erreichen. Unter den Ursachen nahm Disposition durch frühere Geistesstörung (20) den ersten Platz ein, dann folgte erbliche Anlage (18), Syphilis (2) u. s. w.

Beschäftigt waren von der Durchschnittszahl von 413,77 (207,06 M. und 206,71 F.), durchschnittlich täglich 253,28 und zwar 107,50 M. und 145,78 F.

Der Abgang stellte sich in folgender Weise heraus:

	M.	F.
Geheilt	41 M.	24 F.
Gebessert	10 „	15 „
Ungeheilt	12 „	11 „
Gestorben	13 „	21 „
Nicht geisteskrank	1 „	— „

Unter den Todesursachen war am stärksten die Phthisis mit 8 Fällen vertreten, dann Gehirnhyperämie mit 3 u. s. w.

IV. Sindssygeanstalten i Viborg i 1880. (Af Overlaege Gad.)

Bei Beginn des Jahres betrug der Krankenbestand 300 (130 M. 170 F.) und blieb so bis zum Jahresschluss, da Zu- und Abgang gleich stark war (2 M. 9 F.). Bei dem Charakter der Anstalt als Pflegeanstalt können Mittheilungen über die Aufgenommenen, welche sämmtlich der Verrücktheit oder dem Blödsinn angehörten, wohl unterbleiben. Beschäftigt waren bei einem täglichen Durchschnitt von 299,18—54,50 pCt. nämlich 72,44 pCt. M. und 40,73 pCt. F. Es konnten 1 M. und 1 F. gebessert entlassen werden, es starben 1 M. und 8 F. Unter den Todesursachen nahmen Phthisis und Pneumonie mit je 3 die ersten Stellen ein. Wegen der immer zahlreich besetzten Exspectantenliste für die Aufnahme in die Anstalt ist durch einen Ministerialbeschluss vom 21. Januar 1881 die ursprünglich festgestellte Anzahl von 300 Betten um 15 erhöht, wodurch die Aufnahmefähigkeit der Anstalt allerdings bis nahe zum Aeussersten in Anspruch genommen ist, besonders da aus äusserlichen Gründen eine Möglichkeit für eine bauliche Erweiterung nicht besteht. *Claus* in Sachsenberg.

1) Om Sindssygeforplejningen ude og hjemme. ved *Kristian Helweg*, Reservelaege ved Aarhus Sindssygeasyl. Gr. 8. 62 Seiten. Kjoebenhavn. C. A. Reitzels Forlag 1880.

2) Om Danmarks Sindssygevaesen. ved Dr. med. *Vald Steenberg*. Overlaege ved St. Hans Hospital. Gr. 8. 40 Seiten. ibid. 1881.

3) Nogle Bemaerkninger om Ordningen af Sindssygevaesenet i Danmark af Dr. med. *R. A. Holm,* Overlaege ved Sindssyge-Asylet i Aarhus. Gr. 8. 58 Seiten. ibid. 1881.

Für die Veröffentlichung der drei vorstehenden Brochüren, deren Zusendung ich der Güte des Herrn Prof. *Steenberg* verdanke, hat in der Hauptsache die Ueberfüllung der dänischen Irrenanstalten den Anstoss gegeben.

Die Abhülfe, welche man durch die Erweiterung und Umwandlung des Zuchthauses zu Viborg im Jahre 1877 zu einer Pflegeanstalt für 300 Geisteskranke geschaffen hatte, war nur von kurzer Dauer gewesen. Bereits im Juli 1879 war die eine der Staatsanstalten zu Aarhus wieder überfüllt und mit der anderen zu Vordingberg stand es nicht besser, so dass die Exspectantenliste von Neuem auftrat und stätig zunahm. Die dadurch hervorgerufenen Uebelstände machten sich nicht bloss den Kranken, deren Angehörigen und den Behörden, sondern auch den Aerzten fühlbar und es waren besonders die Aerzte Fünen's, welche auf der allgemeinen dänischen Aerztesitzung 1879 in Svendborg eine einstimmige Resolution veranlassten dahin lautend, dass ein dringendes Bedürfniss für die Errichtung einer

neuen Irrenanstalt vorliege, dass eine solche am besten auf Fünen in der Nähe einer Staatsbahn und des kleinen Beltes liege und dass sie sowohl für heilbare als unheilbare bestimmt sein müsse. Auch die Regierung schloss sich der allgemeinen Ansicht in einem Circular vom 24. August 1880 an, worin sich das Justisministerium dahin ausspricht, dass dem Reichstag ein Vorschlag zur Abhülfe des Nothstandes vorgelegt werden solle. Hier war nun der Zeitpunkt gekommen, wo eine Meinungsäusserung von sachverständiger Seite berechtigt war und erwartet werden musste. Dieser Aufgabe unterzog sich Dr. *Helweg* in der unter 1) angeführten Schrift. Ein Theil der von ihm entwickelten Ansichten besonders aber die Vorschläge, welche er für die Erbauung neuer Irrenanstalten machte, fanden in Prof. *Steenberg* einen Gegner, dem dann wieder Dr. *Holm* als ein Vertheidiger derselben entgegen trat. Da die Verfasser sich nicht ausschliesslich an das ärztliche Publicum wenden, ihre Ausführungen vielmehr für die gesammte Oeffentlichkeit, so weit sie sich für die Sache interessirt, bestimmt sind, bringen sie natürlich nicht Weniges, was den Fachgenossen hinreichend bekannt ist. So kann ich die erste und grössere Hälfte der Arbeit *Helweg*'s gänzlich übergehen, da dieselbe zum Theil eine gedrängte Darstellung der Psychiatrie bringt, wie sich dieselbe seit dem epochemachenden Auftreten *Pinel*'s bis zu ihrer jetzigen Höhe entwickelt hat, zum Theil eine Schilderung und Beurtheilung von Gheel, der schottischen Irrenverpflegung und den Ackerbaucolonien zu Clermont, Einum und Zschadrass giebt. — Dann wendet sich der Verfasser zu einer Besprechung seiner heimischen Verhältnisse, aus welcher ich Folgendes hervorheben will.

In Dänemark war es das Schloss zu Bistrup bei Roeskilde, in welchem 1816 die erste Anstalt unter ärztlicher Leitung für heilbare Geisteskranke errichtet wurde. Es folgte dann 1820 in dem damals noch unter dänischem Regiment stehenden Schleswig die erste neugebaute Anstalt bei Schleswig. Auf diesem Standpunkt blieb die Sache im Wesentlichen eine lange Reihe von Jahren stehen. Erst 1852 wurde wieder eine neue Heilanstalt für Nord-Jütland zu Aarhus für 130 Kranke eröffnet, welcher 1858 zu Vordingborg für die dänischen Inseln eine solche für 120 heilbare Irre folgte. Im Laufe der Zeit verloren beide ihren ursprünglichen Charakter reiner Heilanstalten und erfolgte 1861 eine Erweiterung von Aarhus bis zu 400 Plätzen gleichzeitig mit der Bestimmung auch unheilbare Kranke aufzunehmen, in welcher Weise auch Vordingborg 1871 eine Vergrösserung auf 450 erfuhr, so dass beide Anstalten jetzt zu den sogenannten gemischten Asylen zu zählen sind. Der allmälig sich wiederum geltend machende Platzmangel führte die Errichtung der Pflege-Anstalt zu Viborg herbei, wie bereits oben erwähnt ist. Kopenhagen, dessen Commune in Bistrup sich eine eigene Irrenanstalt erbaut hatte, war anfangs hinter der Thätigkeit des Staates zurückgeblieben, seit 1860 aber hat es dieselbe rasch und in hohem Grade überholt. Rechnet man die mit dem Communehospital zu Kopenhagen verbundene Zellenabtheilung, welche eine Art Vorstufe für Bistrup

bildet, mit ein, so wird die Commune von Kopenhagen bei einer Bewohneranzahl von 235,000 über ungefähr 1000 Anstaltsplätze zu verfügen haben, d. h. 1 Platz für je 235. Allerdings bezweifelt Dr. *Holm* die ausschliessliche Richtigkeit dieser Angabe und hält das Verhältniss von 1 : 260 für richtiger, aber auch so würde Kopenhagen eine Versorgung seiner Geisteskranken ermöglicht haben, welche es unter den Staaten Europas mit in erste Reihe stellt. Dagegen stehen dem übrigen Lande durch seine Staatsasyle mit 1150 Plätzen nur 1 Platz für je 1517 Bewohner zur Verfügung. Wird als der Wirklichkeit am nächsten kommend 1 Geisteskranker auf ungefähr 400 Einwohner berechnet, so würde bei der sich für Dänemark ohne Kopenhagen herausstellenden Anzahl von 4400 Geisteskranken durch die Staatsanstalten nur für ¼ derselben gesorgt sein, während Kopenhagen für alle seine Irren Platz hat. Muss nun so Dr. *Helweg* zugeben, dass der Staat nur spärlich mit Plätzen für seine Geisteskranken versehen, so sucht er sich da bis zu einem gewissen Grade damit zu trösten, dass die Anstalten seines Landes nach seiner Meinung, was innere Ruhe, Ordnung und Arbeitsamkeit betrifft alle skandinavischen und deutschen Anstalten, welche er zu sehen Gelegenheit hatte, bei weitem übertreffen. Wir sind nicht im Stande die Berechtigung dieses Urtheils zu prüfen, besonders da der Verfasser die von ihm besuchten ausländischen Asyle nicht namentlich anführt. Wenn er aber als eine Hauptursache dieses Verhaltens die Einrichtung in Vordingborg und Aarhus bezeichnet, wonach die Wohnung des Arztes in den Hauptstock der Anstalt gelegt ist, während anderswo dieselbe in einem Seitenbau oder in einem eigenen Haus ausserhalb der Anstalt sich befindet, so lässt sich doch darüber streiten, ganz abgesehen davon, dass dieser Satz wenigstens für Deutschland durchaus nicht allgemein richtig ist.

Bei seinen Erörterungen über die beste Art der Unterbringung von Geisteskranken wird Dr. *Helweg* zum Theil geleitet von seiner Vorliebe für das System der gemischten Anstalten, deren Einrichtung immer das Vorhandensein einer Anzahl frischer Fälle ermöglicht, wodurch ein frischeres Leben in den ganzen Betrieb kommt und die officielle Bestätigung des Charakters der Unheilbarkeit vermieden wird, weiter zeigt er sich als ein Anhänger der Ackerbaucolonie und erscheint es ihm vom Standpunkt der Heilbarkeit nach seinen Erfahrungen sehr wünschenswerth, einen Geisteskranken nach Umständen in ein anderes Asyl versetzen zu können, schliesslich kommt wie selbstverständlich auch die Möglichkeit einer passenden Evacuirung für ihn in Betracht. Aus diesen Gründen ist er daher dem Plane abgeneigt, eine Erbauung von neuen Anstalten im Anschluss an das Vorbild Kopenhagens auszuführen, d. h. die Errichtung von einzelnen Kreisen vorzunehmen, von welchen jeder seine eigene Anstalt besitzt ohne in Verbindung mit den anderen zu stehen. Viel rathsamer erscheint es ihm, wenn jeder der beiden Hauptabschnitte Dänemarks, Jütland und die Inseln, ein System von verschiedenartigen Anstalten besitzt, die unter einander in Verbindung stehen und zusammen arbeiten. Er schlägt also z. B.

für Jütland vor 1) ein Pflegehaus wie in Viborg, 2) ein gemischtes Asyl, Aarhus-Asyl, hauptsächlich für heilbare bestimmt und als Hauptasyl zu betrachten, 3) ein grösseres gemischtes Asyl, hauptsächlich für arbeitstüchtige Pfleglinge bestimmt. Die erste Anstalt nimmt ihre Kranken zum grössten Theil von den beiden andern aber auch direct von ganz Jütland; die zweite übernimmt die frischen Erkrankungen vom grössten Theil Jütlands und evacuirt nach der ersten und dritten, behält aber diejenigen Pfleglinge zurück, welche sie zur Ausführung seiner Arbeiten nöthig hat, die dritte nimmt die frischen Fälle von einem oder zwei der nächsten Aemter auf, hat ebenfalls das Recht entsprechende Kranke nach den beiden übrigen Anstalten zu schicken und ist gleichzeitig mit einer Ackerbaucolonie zu verbinden. In ähnlicher Weise würde für die Inseln vorzugehen sein. Das sind im Allgemeinen die vom Verfasser aufgestellten Gesichtspunkte und Forderungen, die von ihm gegebenen Einzelnheiten der Ausführung sind von mehr localem Interesse und können hier übergangen werden. Auch liegt es mir fern eine eingehendere Kritik seiner Vorschläge hier vorzunehmen, doch möchte ich hervorheben, dass mir der Betrieb, wie ihn Dr. *Helweg* ausgeführt wünscht, wegen seiner Complicirtheit manches Bedenken erregt. Jedenfalls bedarf es einer wohl überdachten und genau festgestellten gesetzlichen Regelung für die Befugnisse der drei in Frage kommenden Anstaltsdirectoren, um das gewünschte erspriessliche Zusammenarbeiten zu ermöglichen und zu sichern.

Gegen die Vorschläge Dr. *Helweg's* und besonders dessen Bevorzugung der gemischten Asyle gegenüber den relativ verbundenen Heil- und Pflegeanstalten, zu denen St. Hans Hospital gehört, wendet sich nun Professor *Steenberg* in seiner oben unter 2) angeführten Schrift. In welcher Weise er die gegen letztere Anstalten erhobenen Vorwürfe zu entkräften und die positiven Vorzüge derselben nachzuweisen sucht, darauf kann hier im Einzelnen nicht eingegangen werden, nur soll hervorgehoben werden, dass nach seiner Berechnung und den bereits gemachten Erfahrungen der einzelne Platz sich für St. Hans Hospital bedeutend billiger stellt als bei den beiden gemischten Asylen Aarhus und Vordingborg.

Berechnet man die Kosten für die Räumlichkeiten der Kranken allein jedoch mit ihrem Antheil an der Wasserleitung und Latrineneinrichtung, so betragen sie bei St. Hans Hospital für den einzelnen Kranken 1125 Kronen (1 Kr. = 1,12 Mk.), während bei Aarhus und Vordingborg je 1936 und 1125 Kr. herauskommen; bei einer Zugrundelegung der Gesammtkosten ergaben sich in der obigen Reihenfolge für die einzelnen Anstalten Zahlen von 2362, 3845 und 3471 Kr. für den einzelnen Platz. Der verschiedene Charakter der einzelnen Anstalten ist es im Wesentlichen, was nach Prof. *Steenberg* diese Unterschiede bedingt. Der einzelne Platz im Curhaus der relativ verbundenen Anstalt kostet allerdings ebenso viel wie in der gemischten Anstalt, dagegen stellt er sich im Pflegehaus bedeutend billiger. Er will allerdings zugeben, dass die ersteren auch ihre Nachtheile haben

und einer weiteren Ausbildung fähig sind. Auch er redet den Ackerbaucolonien das Wort und ist der Meinung, dass die Pflegeanstalten für die gemischten Asyle das natürliche Uebergangsglied zu jenen bilden. Seine Vorschläge gehen dahin 1) Aufführung einer Anstalt auf Fünen mit Curhaus für je 75 M. und F., Pflegehaus für je 275 M. und F. und einer damit verbundenen grösseren Landwirthschaft. 2) Erweiterung von Aarhus und Vordingborg durch ein Pflegehaus für 200 M. und 200 F. vereinigt und basirt auf einem grösseren Landgut. In 3, 4 und 5 spricht er das Bedürfniss eines Irrengesetzes und zweckmässiger Controlle des gesammten Irrenwesens nach dem Muster von Schottland aus. Er hofft, dass durch ein Eingehen auf seine Vorschläge der Staat ohne zu grosse Schwierigkeiten für zwei Drittel seiner Irren (2600) Platz schaffen wird.

Die Ansichten und Vorschläge *Steenberg*'s sucht nun Dr. *Holm* in seiner oben angeführten Schrift zu widerlegen. Seine sehr ins Einzelne gehenden Ausführungen wenden sich u. A. auch gegen die oben mitgetheilte Kostenberechnung desselben für die einzelnen Anstalten. Nach seiner Berechnung würde der einzelne Platz bei Zugrundelegung der Gesammtkosten sich stellen auf je 2981, 2755 und 2686 Kr. für Aarhus, Vordingborg und St. Hans Hospital; berechnet man nur die Kosten für die einzelnen Krankengebäude, so würden die entsprechenden Zahlen sein 1501, 1367 und 1281 Kr. Dadurch wird allerdings der Unterschied zwischen den einzelnen Posten geringer als dies bei der Berechnung *Steenberg*'s der Fall ist, doch ist ein solcher zu Gunsten von St. Hans Hospital noch immer vorhanden. Als ein Freund der gemischten Asyle und Anhänger der Ackerbaucolonien formulirt Dr. *Holm* seine Vorschläge dahin. 1) In der Nähe des kleinen Beltes eine neue gemischte Anstalt zu bauen, dieselbe mit einem Landgut zu verbinden und ausserdem ein freiliegendes Wohnhaus für die mit Waschen, Nähen und Kochen beschäftigten arbeitstüchtigen Frauen zu errichten, 2) die Asyle zu Aarhus und Vordingborg zu vergrössern und ebenfalls mit einer Landwirthschaft u. s. w. wie bei 1) zu verbinden, 3) die Anstalt zu Viborg zu vergrössern, 4) alle Irrenanstalten darunter auch St. Hans Hospital zu staatlichen umzuschaffen, 5) eine Oberbehörde über das gesammte Irrenwesen des Landes zu bilden. Gelegentlich Besprechung des letzten Punktes wendet er sich gegen einen von Prof. *Steenberg* in der Hospitalszeitung gemachten Vorschlag, wonach der Oberarzt der Staatsanstalten nicht blos für die Kranken derselben Arzt sein solle, sondern auch zugleich Director für das Irrenwesen in seinem Landestheil, als welcher er dann ausser der Fürsorge für die Geisteskranken auch den verschiedenen Behörden und den Aerzten seines Kreises mit Rath und That beizustehen hätte, zu welchem Zweck auf Staatskosten nach Bedürfniss Consultationsreisen auszuführen wären. Dr. *Holm* bezweifelt, dass eine derartige Thätigkeit sich mit den zahlreichen Geschäften eines Anstaltsdirectors ohne Nachtheil für die eine oder andere Seite wird vereinigen lassen.

Claus in Sachsenberg.



13. Statistik. Referent: Ullrich.

Huggard, The means of determining causation in insanity. — J. of ment. sc. Juli.

In diesem vor der „Medico-psychological Association“ gehaltenen Vortrag theilt der Verfasser seine Ansichten mit über den Werth der jetzt gebräuchlichen statistischen Angaben der Ursachen der Geistesstörung. Er zweifelt stark an der Richtigkeit dieser Erhebungen, da die Verwandten häufig falsche Angaben machen, sowohl aus Nachlässigkeit und Unkenntniss, als auch aus böser Absicht.

Um die unrichtige Verwerthung der gemachten Angaben nach der jetzigen Methode zu erläutern, führt er beispielweise Trunksucht und Geistesstörung mit willkürlich angenommenen Zahlen an; man erfahre wohl, wie viel der aufgenommenen Geisteskranken Trunksucht als ätiologisches Moment zeigten, aber nicht wie der Procentsatz zwischen Trunksucht und Geistesstörung überhaupt sei. — Verf. schlägt dann vor, um richtige Angaben zu erhalten, Fragebogen für die Angehörigen einzuführen, auf denen alle Ursachen verzeichnet sind. *Schuchardt.*

Lockhart-Robertson, Zur Statistik des Irrenwesens in England. — Wiener med. Woch. 29. Aug.

Die constituirende Sitzung der Section für Geistesstörungen des Londoner intern. med. Congresses wurde von *Lockhart-Robertson* mit einer Darlegung des gegenwärtigen Zustandes des Irrenwesens in England eröffnet. Die Zahl der officiell bekannten Irren beträgt beiläufig 71,000 = 1 : 350 der Bevölkerung; von diesen sind 90 pCt. Arme und zeigt sich im Allgemeinen sowohl, als namentlich unter den armen Klassen eine Zunahme der Irren, indem die Zahl derselben von 1860—1880 um 8,8 von 10,000 der Bevölkerung, bei den reichen und wohlhabenden hingegen blos um 0,4 von 10,000 gestiegen ist.

In England befinden sich 61,5 pCt. der Irren in öffentlichen und 6,5 pCt. in Privatanstalten, in Schottland dagegen 75,6 pCt. und 1,6. In Privatpflege sind in England nur 9,0 pCt., in Schottland 15,8 pCt., Folge des in Schottland mit sehr gutem Erfolg adaptirten Gheelsystems. In Workhouses befinden sich in England 23 pCt., in Schottland nur 7 pCt.

Die Gesammtzahl der in öffentlichen Anstalten befindlichen Irren beträgt 43,700, wovon 40,000 Arme. Die 60 Grafschafts- und Kirchspielasyle besitzen 40,000 Betten, die Anlagekosten per Bett betrugen etwas unter 200 Pfund — der jährliche Kostenbetrag für einen Irren beläuft sich auf nahe 40 Pfund.

In England wurden nach einem Jahresdurchschnitt des letzten Decen-

niums geheilt entlassen 40,28 pCt. der Aufgenommenen und 10,59 pCt. der Behandelten, in Schottland in derselben Zeitperiode 41,6 und 8,0 pCt. — In sämmtlichen Anstalten giebt es nur eine und zwar unserer letzten entsprechende Verpflegs-Klasse.

Für die mittlere und obere Klasse der Bevölkerung bestehen in England 15 Irrenhäuser, worunter 2 Idiotenanstalten mit nahe an 3000 Betten; diese Anstalten nehmen 36 pCt. aller aus eigenen Mitteln zahlenden Irren auf, während 43 pCt. in Privatanstalten behandelt werden. Das durchschnittliche jährliche Heilungsresultat des letzten Decenniums war 46,84 pCt., jenes der Londoner Privatanstalten 30,5 pCt., jenes der Provinzial-Privatanstalten 34,7 pCt. der Aufgenommenen.

Das mittlere jährliche Sterblichkeitspercent der Behandelten war in derselben Zeitperiode in den öffentlichen Irrenanstalten 8,12, in den Londoner Privatanstalten 11,01, in jenen der Provinz 8,81 pCt.

In den Privatanstalten Londons (35) befanden sich 1850 Irre, in jenen der Provinz (61) 1550; in Schottland scheinen sich die Privatanstalten, wie aus deren schwächeren Benutzung hervorgeht, eines sehr geringen Vertrauens zu erfreuen.

Majer, Statistische Ergebnisse sämmtlicher bayer. Irrenanstalten im Jahre 1878. — Generalbericht der Sanitätsverwaltung im Königreiche Bayern. XII, 1.

In sämmtlichen bayerischen Irrenanstalten zählte im Jahre 1878

der ältere Bestand	1483 M.	+ 1337 F.
der neue Zugang	562 „	+ 490 „
der Abgang	512 „	+ 422 „
der Bestand am Jahresschluss	1533 „	+ 1405 „ .

Unter den Abgegangenen befanden sich Gestorbene: 136 M. + 99 F. = 235, Entlassene: 376 M. + 323 F. = 699.

Von diesen waren genesen	117 M.	+ 137 F.	= 254
	gebessert	118 „	+ 97 „	= 215
	ungeheilt	141 „	+ 89 „	= 230.

Im Verhältniss zu der Zahl der Aufgenommenen betrugen die Genesenen 24,1 pCt., die Gebesserten 20,4 pCt., die Ungeheilten 21,8 pCt.

Im Verhältniss zu der Zahl der Abgegangenen (mit Einrechnung der Gestorbenen) betrugen die Genesenen 27,2 pCt., die Gebesserten 23,0 pCt., die Ungeheilten 24,6 pCt., die Gestorbenen 25,2 pCt.

Bei der Betrachtung „des Einflusses der Krankheitsdauer vor der Aufnahme auf die Heilung" trafen auf 100 Kranke — Genesene bei einer Krankheitsdauer vor der Aufnahme

bis zu 1 Monat	56,6 M.	— 49,4 F.
von 2—3 Monat	37,5 „	— 50,6 „
von 4—6 Monat	26,9 „	— 37,8 „

von 7—12 Monat . . . . 18,2 M. — 23,7 F.
im 2. Jahre . . . . 4,0 „ — 7,1 „
über 2 Jahre . . . . 3,6 „ — 2,7 „
unbestimmte Krankheitsdauer 11,1 „ — — „.

Es wiederholte sich dabei der alte Erfahrungssatz, dass das Genesungsverhältniss ein um so höheres ist, je kürzer die Krankheit vor der Aufnahme gedauert hat. Für das weibliche Geschlecht ergiebt sich eine grössere Wahrscheinlichkeit der Heilung als für das männliche; nur die ganz frischen Erkrankungsfälle mit einer Vordauer bis zu einem Monat machen von dieser allgemeinen Regel eine bemerkenswerthe Ausnahme, indem sich eine Differenz von 7 pCt. zu Gunsten des männlichen Geschlechts herausstellt.

Die Zahl der aufgenommenen Kranken (mit Ausschluss der ohne vorherige Genesung wieder Aufgenommenen) betrug 868. Hievon kamen 61 pCt. (gegen 56 pCt. in den Jahren 1876 und 1877) auf die primären Seelenstörungen (Melancholie und Manie), was wohl als günstiges Zeichen betrachtet werden darf. Stellt man die primären Seelenstörungen allen übrigen Formen gegenüber, so betragen erstere bei den Männern 51,3 pCt., bei den Frauen 71,5 pCt., letztere bei den Männern 48,7 pCt., bei den Frauen nur 28,5 pCt., woraus sich das durchschnittlich günstigere Heilungsverhältniss beim weiblichen Geschlechte gegenüber dem männlichen erklärt.

Betreffs des Alters der Aufgenommenen zur Zeit der Erkrankung traf das Maximum auf das Quinquennium von 26—30 Jahren.

Theilt man die Zahl der Erkrankten in zwei grössere Altersperioden, je nachdem die Erkrankung vor oder nach dem 30. Jahre eingetreten ist, so stellt sich heraus, dass die Manie am frühesten, die paralytische Seelenstörung am spätesten auftritt. Die secundären Seelenstörungen erschienen im Alter von 20—40 Jahren überwiegend bei den Männern, nach dem 40. Jahre überwiegend bei den Frauen. Die Paralyse war bei Männern wie bei Frauen am häufigsten im Alter von 30—40 Jahren.

Betreffs des Civilstandes stellte sich das Verhältniss der ledigen zu den verheiratheten und verwittweten Kranken

bei den Männern = 55,2 : 39,3 : 5,5
bei den Frauen = 48,5 : 39,8 : 11,7.

Auch bei dieser Zusammenstellung fand Verf. dieselben Verhältnisse, wie in dem Berichte über die Jahre 1876/77, dass nämlich die Hauptursache des häufigeren Auftretens von Geisteskrankheit bei Ledigen im Lebensalter der jedem Civilstand angehörigen Kranken zu suchen sei, dass der Ehe keine besondere Schutzkraft gegen das Irrewerden zukomme, dass die Paralyse bei Verheiratheten wenigstens dreimal häufiger vorkomme, als bei Ledigen, Thatsachen, welche auch durch alle neueren statistischen Untersuchungen der einzelnen Anstalten bestättigt werden.

Die Confessionsverhältnisse betreffend, kamen bei den zum er-



mal aufgenommenen Irren auf 10,000 Seelen jeder Confession 1,41 Katholiken, 1,80 Protestanten und 4,61 Israeliten.

Erblichkeit fand Verf. in dreijährigem Durchschnitt berechnet bei 42 pCt. der aufgenommenen Geisteskranken und war dieselbe beim weiblichen Geschlecht noch um 0,6 pCt. höher als beim männlichen. Bei den einzelnen Krankheitsformen betrug dieselbe bei den acuten Psychosen (Manie und Melancholie) 47 pCt. der Männer und 35,5 pCt. der Frauen: im Mittel überwog demnach das Erblichkeitsverhältniss der acuten Psychosen jenes der chronischen Psychosen um 11—12 pCt. — Theilte Verf. die sämmtlichen Aufgenommenen und die zu ihnen gehörigen erblichen Kranken in zwei Altersperioden, nämlich in solche, die sich im Alter unter und über 40 Jahren befinden, so fand er, dass von den ersteren 44,6 pCt., von letzteren aber nur 38 pCt. erblich disponirt waren und glaubt, dass die vorhandene Heredität auf den früheren Ausbruch der Psychose von Einfluss gewesen.

Aus des Verfassers Untersuchungen über Erblichkeit nach dem Grade der Verwandtschaft sind folgende Schlussfolgerungen bemerkenswerth: 1) bei vorhandener Geisteskrankheit des Vaters erkrankten 54,2 pCt. Söhne und 63,3 pCt. Töchter, bei Geisteskrankheit der Mütter 75,3 pCt. Söhne und 74,8 pCt. Töchter, woraus sich der schlimme Einfluss der mütterlichen Geisteskrankheit sowohl für Söhne als für Töchter ergiebt.

2) Bei vorhandenen Nervenkrankheiten sind väterlicherseits die Söhne, mütterlicherseits die Töchter in relativem Uebergewicht.

3) Die Trunksucht als erbliche Disposition scheint, wenn sie vom Vater ausgeht, die männlichen Descendenten etwas mehr zu gefährden als die weiblichen.

4) Selbstmord als disponirendes Moment geht häufiger vom Vater als von der Mutter aus.

5) Auffallende Charaktere scheinen väterlicher- wie mütterlicherseits einen grösseren Einfluss auf die männlichen Descendenten auszuüben, als auf die weiblichen.

Für indirecte Erblichkeit zog er folgende Schlüsse:

1) Bei Geisteskrankheit von Verwandten väterlicherseits erkrankten 84,9 pCt. Männer und 85,7 pCt. Frauen, von Verwandten mütterlicherseits 88,2 pCt. Männer und 84,5 pCt. Frauen, woraus sich ergiebt, dass die männlichen wie die weiblichen Nachkommen sowohl von Vaters als der Mutter Seite fast in gleichem Grade erblich disponirt sind.

2) Bei Nervenkrankheiten zeigt sich sowohl von väterlicher als mütterlicher Seite ein grösserer Einfluss auf die weiblichen Descendenten, als auf die männlichen.

3) Trunksucht zeigt sich fast nur bei Verwandten väterlicherseits und zwar vorwaltend in der männlichen Descendens.

Betreffs der Heilungsverhältnisse des erblichen Irreseins zeigen die Berechnungen des Verfassers, dass die Wahrscheinlichkeit der

Heilung bei den erblich Belasteten in jeder Phase der Krankheit weit grösser ist, als bei den Nichterblichen, andererseits aber, dass eine regelmässige Abnahme der Heilbarkeit sowohl bei den Erblichen als den Nichterblichen stattfindet, je länger die Krankheit vor der Aufnahme gedauert hat.

Die wiederholten Aufnahmen betrugen bei den Erblichen 16,2 pCt. — bei den Nichterblichen oder Zweifelhaften 14,1 pCt. Ferner fand Verf., dass bei wiederholter Aufnahme das Genesungsverhältniss ein beträchtlich höheres ist, als bei der ersten Aufnahme, dass überhaupt die Wahrscheinlichkeit der Genesung zunimmt, je öfter die Aufnahmen sich wiederholen.

Das Sterblichkeitsverhältniss betrug bei Zugrundlegung des durchschnittlichen Bestandes im Jahre 1878 im Allgemeinen 8,2 pCt.; bei der Paralyse jedoch betrug es 52,6 pCt., während es bei der secundären Seelenstörung auf 5,2 pCt. sank. Bei den Frauen war die Sterblichkeit im Ganzen um 1,8 pCt. geringer als bei den Männern.

In forensischer Beziehung ist zu bemerken, dass nach der Erkrankung 31 Personen (25 M. und 6 F.) eines Vergehens sich schuldig gemacht haben und dass von diesem 12 = 38 pCt. bestraft wurden.

Die Selbstmorde in Preussen in den Jahren 1878 und 1879. — Preussische Statistik, amtliches Quellenwerk. Heft 55 (1880) und 60 (1881).

Die Zahl der Selbstmorde überhaupt betrug in Preussen 1878 = 4689 und zwar 3827 M. und 862 F. — 1879 = 4547 und zwar 3729 M. und 818 F., woraus sich das Verhältniss der männlichen zu den weiblichen Selbstmördern 1878 = 4,4 : 1 und 1879 = 4,5 : 1 berechnet.

Von je 100 000 Lebenden starben durch Selbstmord 1878: 29 M. und 5 F. — 1879: 28 M. und 6 F.

Eine Reihe schon früher constatirter Beobachtungen wurde auch in den beiden vorliegenden Jahren wieder bestätigt, z. B. dass mit fortschreitendem Alter eine Zunahme der Selbstmorde wahrzunehmen, doch macht hiervon das höchste Alter eine Ausnahme. Die Motive des Selbstmordes sind gewöhnlich der Art, dass das Auftreten derselben in hohem Alter selten zu erwarten ist. Lebensüberdruss wegen vorgerücktem Alter allein ist wohl selten als Ursache zum Selbstmorde anzutreffen. Dagegen sind körperliche Leiden, Kummer, besonders aber Geisteskrankheit die häufigsten Ursachen des Selbstmordes im höchsten Alter.

Geisteskrankheit scheint in der neuesten Zeit nicht mehr denselben hervorragenden Antheil an den Selbstmorden zu haben, wie früher, wenigstens zeigen die Zahlen in den letzten Jahren eine bedeutende Abnahme, wie folgende Vergleichung ergiebt. Es kamen auf 100 Selbstmörder — Geisteskranke.

1869—72		1873—76		1877		1878		1879	
M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.
29,5	48,4	22,9	43,7	20,3	39,2	19,9	38,3	16,8	35,8

Betreffs der sonstigen Motive, der Art des Ortes, der Jahreszeit, des Alters, ergab sich in den Jahren 1878 und 1879 nur eine Bestätigung der früher berichteten Schlüsse aus den Berechnungen vorhergehender Jahre. (Cf. Ref. über die Selbstmorde in Preussen im Jahre 1877 — 37. Bd. der Zeitschrift f. Psych. pag. 447.)

Ueber die Selbstmorde in der preussischen Armee und der deutschen Marine mögen noch folgende Notizen Erwähnung finden. Im Jahre 1878 kamen 172 Selbstmorde vor, — die meisten (21) beim IV., die wenigsten (2) beim VIII. Corps. 1879 stiegen dieselben auf 230, wovon die meisten (27) auf das XI., die wenigsten (8) auf das II. Corps trafen.

Die Art der Selbstmorde geschah am häufzigsten durch Erschiessen (87 und 116 Fälle), dann folgte Erhängen (41 und 65 Fälle) und Ertränken (32 und 36 Fälle).

Nach der Jahreszeit trafen wie 1877 die meisten Selbstmorde auf April—Juni (52 u. 86 Fälle). Unter den Motiven standen wie auch schon früher Reue, Scham, Furcht vor Untersuchung und Strafe mit 56 resp. 52 Fällen obenan.

Majer, Die Selbstmorde in Bayern 1878. — Generalbericht der Sanitätsverwaltung im Königreiche Bayern. XII. Band, I.

Im Jahre 1878 wurden 665 Selbstmorde verübt = 129 auf 1 Million Einwohner; hiervon trafen 29 pCt. auf die unmittelbaren Städte r. d. Rheins und die 11 grösseren Städte der Pfalz und 71 pCt. auf die Bezirksämter mit Ausschluss der pfälzischen grösseren Städte. Im Regierungsbezirk Mittelfranken (mit 212) waren die Selbstmorde um mehr als das vierfache häufiger als in Niederbayern (mit 50).

Etwa 18—20 pCt. aller Selbstmorde trafen auf das weibliche Geschlecht.

Die meisten Selbstmorde fielen in das Decennium von 50—60 Jahren (19,7 pCt.); unter dem 15. und nach dem 80. Jahre kamen nur 6 resp. 3 Fälle vor.

Bei den Katholiken ergaben sich 379, bei den Protestanten 265, bei den Israeliten 10, d. i. auf 1 Million Seelen jeder Confession 101, bezw. 182 und 186 Selbstmorde. Nach dem Familienstande trafen im Verhältniss zur Gesammtzahl der Lebenden jeder Categorie 197 Ledige, 157 Verheirathete und 290 Verwittwete auf 1 Million Seelen. Ferner trafen auf je 100 verheirathete und verwittwete Selbstmörder 57 bezw. 20 solche mit unversorgten Kindern, während die geschiedenen Selbstmörder (im Ganzen nur 6) solche nicht hinterlassen haben.

Bezüglich der Berufsverhältnisse kamen die meisten Fälle (25,3 pCt.) bei der Industriebevölkerung vor, dann folgten die mit persönlichen Dienstleistungen aller Art Betrauten mit 17,1 pCt., dann die Landwirthe mit 15,2 pCt. Vergleicht man hiermit aber die Gesammtbevölkerung der betreffenden Berufsarten, so stellt sich heraus, dass auf je 1 Million Einwohner bei den Landwirthen nur 48, bei der Industriebevölkerung aber 143 und bei den mit persönlicher Dienstleistung Betrauten 209 Selbstmorde treffen. Die grösste Selbstmordfrequenz wird aber beim Militär beobachtet, wo 537 Selbstmorde auf die erwähnte Einwohnerzahl sich berechnen.

Die Vermögensverhältnisse der Selbstmörder waren günstig in 41,5 pCt. ungünstig in 47,4 pCt., unbestimmt bei 11,1 pCt.

Hereditäre Beziehungen (Geistesstörung oder Selbstmord in der Familie) liessen sich bei 8,4 pCt. nachweisen; bei 48,6 pCt. bestanden keine solchen und bei 43,0 pCt. waren dieselben unbekannt.

Am häufigsten wurde der Tod durch Erhängen gesucht; auffallender Weise besteht in dieser Beziehung ein grosser Unterschied zwischen Stadt und Land — auf dem Lande nämlich ist der Erhängungstod fast um das Doppelte häufiger als bei der städtischen Bevölkerung, wogegen aber alle übrigen Todesarten in den Städten verhältnissmässig öfter vorkommen, als auf dem Lande.

Etwa 1/3 aller Selbstmörder verübte die That im Freien. — Nach den Jahreszeiten vertheilten sich die Selbstmorde auf das II. Quartal mit 30,5 pCt., das III. Quartal mit 28,4 pCt., das I. Quartal mit 22,1 pCt., und das IV. Quartal mit 19 pCt.

Unter den Motiven zur That fand sich am häufigsten (in 33,9 pCt.) Geistesstörung, dann folgen Kummer aller Art mit 17 pCt., Laster (besonders Trunksucht) mit 11,5 pCt., Reue und Scham mit 7,6 pCt., körperliche Leiden mit 7,2 pCt., Leidenschaften mit 5,2 pCt. — Bemerkenswerth erscheint, dass Trauer und Heimweh bei der städtischen Bevölkerung ein fast unbekanntes Motiv des Selbstmordes sind (nur 1 Fall) im Gegensatz zu den Bewohnern des platten Landes (mit 24 Fällen).

Reclam, Der Selbstmord und dessen Vorbeugung. — Gesundheit, Zeitschr. f. öffentl. und priv. Hyg. No. 13 und 14.

R. bespricht zuerst die allgemeinen Verhältnisse des Selbstmordes, wie sie sich in Europa und von Deutschland speziell in Sachsen entwickelt haben, hebt die schon während des ganzen laufenden Jahrhunderts beobachtete Zunahme in allen Ländern hervor, wofür er zum grossen Theil in Deutschland die allgemeine Wehrpflicht verantwortlich macht, indem er sagt, dass sich diese Zunahme bei einem Volke, welches naturgemäss nicht kriegerisch angelegt, in den letzten zwei Jahrhunderten gewaltsam dazu gemacht worden ist, um so stärker kundgeben müsse, eine Behauptung, für welche er in der preussischen Statistik seine Stütze findet, wo der Selbstmord in den letzten 10 Jahren um 30 pCt. zugenommen hat.

Bei der Untersuchung der Ursachen räumt er keiner der von seinen Vorgängern als bestimmend hervorgehobenen einen Einfluss ein, wie dem Klima, der Race, der Dichtigkeit der Bevölkerung, der Religion, dem Civilstand, sondern kommt zu dem Schlusse, dass, wie auf allen Gebieten der Hygiene, so auch auf diesem eine allgemeine Erklärung nicht zulässig sei, dass man den einzelnen Fall als solchen für sich studiren müsse, um die Triebfedern zu durchschauen.

Von diesem Gesichtspunkte ausgehend, hat *R.*, der als städtischer Arzt in Leipzig viele Hundert Selbstmörder bei amtlicher Aufhebung der Leiche untersucht, sich die Aufmerksamkeit wach erhalten und folgende eigene Erfahrungen gewonnen:

Ueber 60 pCt. der Selbstmörder erlagen dem Kampfe ums Dasein (Mangel an Erwerb, Verluste im Börsenspiel, überhaupt missliche Verhältnisse aus eigener oder fremder Schuld), etwa 10 pCt. endigen ihr Leben auf dem Altar der Liebe und zwar handelte es sich ebenso häufig um unglückliche Liebe als um glückliche und ihre Folgen; die so vielfach beschuldigte Genusssucht liess sich nur äusserst selten erkennen.

Die bei weitem grösste Zahl der Selbstmörder — 80 pCt. — war schlecht genährt, mager und blutarm.

Ein grosser Theil war geistesgestört und führt *R.* aus dieser Categorie äusserst interessante Beispiele an, die sich auszeichnen durch die unbedeutende Ursache, das Fehlen des Gedächtnisses für die Zeit vor der That, die Wahl des falschen Mittels zur Erreichung eines Zweckes, die muthmaasslich vorhandene Präcordialangst, die widersinnige Wahl des Ortes und der Todesart.

Die zunehmende Häufigkeit des Selbstmordes erklärt schliesslich *R.* aus der Art unserer heutigen Erziehung und Bildung — eine Abänderung der heute gemachten Fehler werde das beste Mittel zur Vorbeugung sein; in Schule und Haus müsse der Charakterbildung mehr Rechnung getragen werden, in der Schule müsse der g a n z e Mensch ausgebildet werden, nicht nur das Gehirn, dem körperlichen Unterrichte (Turnen, Schwimmen, u. s. w.) sei bis in die erste Classe des Gymnasiums der ganze Nachmittag zuzuweisen — durch einen solchen Lehr- und Erziehungsplan werde es gelingen, statt der schwächlichen, blutarmen und nervösen eine gesunde Generation anzubahnen, das beste Mittel zur Verhütung der Selbstmorde. —

A. v. Oettingen, Ueber acuten und chronischen Selbstmord. — Dorpat und Fellin. 66 S.

Vorliegende Schrift entstand aus populären Vorträgen, die der bekannte Moralstatistiker vor einem gemischten Publikum zu Dorpat gehalten.

Verf. will den Selbstmord nicht als zufällige, grässliche Einzelthat aufgefasst wissen, sondern als das Resultat eines bestimmten Gesammtzustandes

der sittlichen Gemeinschaft des socialen Gesammtkörpers und scheine sich in dem acuten Einzelfall eine chronische Selbstmordtendenz der Gesammtheit auszuwirken.

In weiterem wendet sich *Oe.* gegen die modernen Moralstatistiker, die aus der Massenbeobachtung hervorgehende Thatsachenreihen vielfach in naturalistischem und materialistischem Sinne gedeutet haben, — auch gegen *Quetelet's* physique sociale — während er zur Beurtheilung der Selbstmörder lediglich psychologische Beobachtung und innere Erfahrung gelten lässt und will er in den folgenden Ausführungen den Naturalisten oder Socialphysikern gegenüber den acuten Selbstmord ins Auge fassen und den Thatbestand auf die bedingenden Ursachen und individuellen Motive hin untersuchen; den Idealisten oder Personalethikern gegenüber will er den chronischen Krankheitszustand in der entarteten Gesellschaft aufweisen, aus welchem sich die stetige Bewegung der Selbstmordziffern erklärt.

Uebergehend zu dem acuten Selbstmord bespricht Verf. zuerst den Umfang und die Zunahme, dann die klimatischen und zeitlichen Einflüsse, den Einfluss des Alters und des Civilstandes der Selbstmörder, wobei er dem individuellen freien Entschluss noch einen ziemlich weiten Spielraum vindicirt, wenn auch immerhin jedes Land, ja jede Provinz und Stadt eine eigenthümliche Selbstmordsphysiognomie zeigt, die sich nie plötzlich, sondern nur sehr allmälig ändert, offenbar weil die bestimmenden Einflüsse in einem ganzen Gesellschafts- und Volkskörper relativ stetige, bleibende sind.

In dem zweiten Abschnitte wendet sich Verf. zu der chronischen Selbstmordtendenz und beurtheilt dieselbe vom sittlich religiösen Standpunkte aus. Der entartete Wille der Einzelnen oder der Gemeinschaftsgruppen sind ihm der Boden, aus dem diese unheilvolle Saat sprosst, die Erscheinung hängt zusammen mit einer Menge herrschender Gebrechen und Gefahren, welche eine Kehrseite hoher Geistesentwicklung, ja gesteigerter sittlicher und religiöser Ansprüche sind — er ist eine specifische Humanitätskrankheit, bildet die Nachtseite der Cultur und der gesteigerten religiösen Entwicklung.

Die chronischen Einflüsse sind aber theils individueller, theils socialer Art.

Jeder einzelne Selbstmordfall ist chronisch vorbereitet durch die Sünde der Selbstsucht, den Egoismus, wogegen nur jener gesunde Pessimismus eine Umkehr bewirken kann, welcher die Höllenfahrt ins eigene Herz nicht scheut und uns zu der Erkenntnis bringt, dass die Schuld der Uebel grösstes ist.

Die jedem Einzelnen von uns drohende Gefahr steckt aber tiefer in dem Gemeinschaftsboden, aus dem wir hervorwachsen. Jedes Laster fördert das Siechthum des Einzelnen wie des Volkskörpers und damit auch den chronischen Selbstmord, so Trunksucht, Völlerei und Unzucht; die progressiv zunehmende Kindersterblichkeit (aus Fahrlässigkeit und sittlicher Verschuldung der Eltern) ist chronischer Selbstmord, die unglücklichen Ehen, die stetig steigende Ehescheidungsziffer, der Druck auf die dienen

den Klassen, die Blasirtheit unserer Jugend, die überreizte Hochcultur derselben in der Schule, unsere Pflege der Halbbildung, die frech im Glück und schlaff im Unglück macht, unsere traurigen socialpolitischen Zustände, der wirthschaftliche Concurrenzkampf ums Dasein mit seinen vielen Nachtseiten sind alle mit chronische Ursachen der Selbsmordtendenz unserer Zeit.

Die Heilung dieser unheilvollen Strömung sucht Verf. in einer Einkehr und einer Umkehr von den geschilderten Ursachen, in einer Steuerung des Materialismus und Atheismus — dann wird, so schliesst er, in unserm Volke der höchste moralische Muth, der geheiligte Leidensmuth wachsen, der ein Verständniss hat für jenes Dichterwort, nach welchem der Mensch dulden muss wie seine Ankunft, so sein Scheiden aus dieser Welt, ich meine das tiefsinnige Wort Shakespeare's im König Lear: „Reif sein ist Alles“.

Inhalt.